# REPORT OF THE STUDY TEAM:

# SEVEN SUICIDES IN THE ATLANTIC REGION;

# FEBRUARY 17 - AUGUST 25, 1983

APRIL 1984

FOR PUBLIC RELEASE

Correctional Service Canada
Service correctionnel Canada

Ottawa, Canada
K1A 0P9

Votre référence Your file

Notre référence Our file

REPORT OF THE STUDY TEAM: SEVEN SUICIDES IN THE ATLANTIC REGION; FEBRUARY 17 - AUGUST 25, 1983

This report has been amended by The Correctional Service of Canada in accordance with exemptions required and permitted by the Access to Information Act and Privacy Act.

RAPPORT DU GROUPE D'ÉTUDE: LES SEPT SUICIDES DANS LA RÉGION DE L'ATLANTIQUE; 17 FÉVRIER - 25 AOÛT 1983

Ce rapport a été modifié par Le Service correctionnel du Canada conformément aux exemptions requises et permises par la Loi sur l'accès à l'information et la Loi sur la protection des renseignements personnels.

Canada

2 Lakeshore Blvd.
Kingston, Ontario
K7M 4J6

April 30, 1984

Mr. D.R. Yeomans
Commissioner of Corrections
The Correctional Service of Canada
340 Laurier Ave. West
Ottawa, Ontario
K1A OP9

Dear Mr. Yeomans:

In October 1983, a Study team was formed, at your request, to look into the issue of seven suicides which occurred between February 17, 1983, and August 25, 1983, in the Atlantic Region. It is my pleasure to submit, on behalf of the Study Team Members, our Report on this matter.

I thank you for the excellent assistance and cooperation afforded to the Study Team by yourself and the staff of the Correctional Service of Canada.

Yours sincerely,

E.H. Botterell, O.C.,O.B.E.,M.D.,F.R.C.S.(C)
Chairman

## TABLE OF CONTENTS


| | PAGE |
|---|---|
| PREFACE | vi |
| INTRODUCTION | vii |
| STUDY TEAM MEMBERS AND TERMS OF REFERENCE | ix |
| CONCLUSIONS OF STUDY TEAM | x |
| SUMMARY OF RECOMMENDATIONS | xiii |
| REPORT OF THE STUDY TEAM: SUICIDES IN THE ATLANTIC REGION | 1 |
| STUDY OF SEVEN INDIVIDUAL CASES OF SUICIDE | 3 |
| Introduction : The Inmate Sub-Culture Impact on Suicides in Atlantic Region Institutions, 1983 | 3 |
| General Observations | 5 |
| Case 1 | 7 |
| Case 2 | 9 |
| Case 3 | 10 |
| Case 4 | 11 |
| Case 5 | 13 |
| Case 6 | 16 |
| Case 7 | 18 |
| ROLE OF CHAPLAINCY SERVICE | 22 |
| STUDY OF THE WORKINGS OF DORCHESTER, SPRINGHILL AND WESTMORLAND INSTITUTIONS | 24 |
| Wardens | 26 |
| STATISTICAL ANALYSIS OF SUICIDES IN THE FEDERAL PENITENTIARIES IN ATLANTIC CANADA, BUREAU OF MANAGEMENT CONSULTING | 27 |
| MANAGEMENT REVIEW REPORTS AND SOME INMATE SERVICES | 31 |
| Case Management Services | 31 |
| Case Management Programs | 31 |
| Case Management Staff Interviews | 33 |
| Grievance Process | 35 |
| Psychological Services | 36 |
| Chaplaincy Services | 38 |
| CONVERSATIONS WITH STAFF | 39 |
| Staff Union Member - Springhill | 39 |
| Cardiopulmonary Resuscitation | 41 |
| The "Back" (Night) Shift | 42 |

| | PAGE |
|---|---|
| Inter-Regional Transfers | 42 |
| Inmate Employment and Pay | 44 |
| Institutional Staff Perceptions | 45 |
| BUREAU OF MANAGEMENT CONSULTING REPORT, AUGUST 1981 - DOCUMENTATION | 46 |
| Cut-Down Devices | 47 |
| SUICIDE PREVENTION | 48 |
| Suicide-Watch List | 49 |
| CONAID | 49 |
| Prospective Multi-Disciplinary Multi-Centre Research Program | 53 |
| MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES | 54 |
| Preface | 54 |
| Role and Reponsibilities of Medical and Allied Health Care Professionals | 56 |
| PSYCHIATRY | 58 |
| Admission Psychiatric Screening Examination | 58 |
| Close Observation | 60 |
| Psychiatric Services - Dorchester | 66 |
| Overload of Psychiatric Services: Dorchester | 67 |
| Regional Psychiatric Unit: Dorchester | 69 |
| Psychiatric Services - Springhill | 70 |
| Psychiatry- Psychology - Therapeutic Community - Springhill | 71 |
| Health Care Centre and Assistant Warden, Health Care Services (Springhill) | 72 |
| GENERAL MEDICINE AND NURSING CARE | 73 |
| Dorchester Health Care Centre | 73 |
| Springhill Health Care Centre | 76 |
| Full Time Nurse: Education | 78 |
| SUICIDE BY HANGING | 80 |
| Reception and Admitting | 80 |
| THE SEVEN SUICIDES - CAUSE OF DEATH | 82 |
| Post Mortem Examinations | 82 |
| Resuscitation | 84 |
| Staff Response to Suicides | 84 |
| Westmorland Institution | 87 |
| TRANSFER MEDICAL CARD | 88 |
| LONG TERM CONSIDERATIONS | 91 |
| The Nature and Impact of the Inmate Environment | 91 |
| Psychiatric Services | 91 |
| Incarceration of Inmates from Newfoundland | 92 |

## LIST OF APPENDICES

I Letter from Professor Kaill dated January 26, 1984

II Bureau of Management Consulting 1983
"Statistical Analysis of Suicides in the Federal Penitentiaries in Atlantic Canada"

III Burtch-Ericson Study, 1979

IV Suicide Watch Criteria, Dorchester Institution, 1982

V Information Form, Springhill Institution

VI Comparison of Details of Dorchester Criteria Versus Burtch-Ericson

VII Medical History Form CSC 416 (5/80)

VIII Proposed Transfer Medical Card/Envelope

## PREFACE

Each member of the Study Team has developed a paper for discussion by the Team as a whole. Each paper is an instructive, critical and constructive document. In addition, full detailed case studies have been developed and are available through the CSC.

The Chairman thanks each member of the Study Team for his tolerant co-operation in the preparation of the final report.

## INTRODUCTION

This is the report of the Study Team to the Commissioner of Corrections concerning seven suicides occurring in the Atlantic Institutions between February 17th, 1983 and August 25th, 1983.

The Study Team appreciates the consideration of the Commissioner in putting forward the target date for completion of the report.

The widely diversified composition of the Study Team is noteworthy, consisting as it does of Professor Robert C. Kaill, PhD., Director of the Atlantic Institute of Criminology, Dalhousie University; Mr. John Fagan, recently retired Director of Corrections, Province of Newfoundland and former Superintendent of Her Majesty's Penitentiary, St. John's; Dr. S.N. Akhtar, Forensic Psychiatrist, Nova Scotia Hospital, Dartmouth; W.F. McCabe, John Howard Society of Ontario, Kingston; and Dr. E.H. Botterell, Chairman, retired Dean of Medicine and Vice Principal of Health Sciences, Professor Emeritus, Queen's University, Kingston.

Noteworthy also is the broad consensus reached by the members of the Study Team following their individual visits to Dorchester, Springhill and Westmorland Institutions. Each member paid special attention in his area of special interest and expertise to the views of the inmates and staff. In addition, Mr. Fagan and the Chairman took a special interest in an overview of the three institutions.

Attention is directed to Appendix 1, a letter from Professor R.C. Kaill (dated January 26, 1984) recording his concern over the omission of a psychologist from the composition of the Study Team.

The Study Team thanks most sincerely all those members of the staff of the Correctional Service of Canada who contributed courteously and helpfully

to our endeavor; members of the staff of Ottawa Headquarters, Atlantic Headquarters, the Wardens and staff of Dorchester, Springhill and Westmorland Institutions.

The Study Team appreciates the frank expression of opinion received from the individual inmates: the Chairman met with the Inmate Committees of Dorchester and Springhill as did Dr. Akhtar on other occasions. The members of the Team also met with other individual inmates. The thanks of the Team are extended to all inmates who participated in conversations with members of the Study Team.

Special and appreciative thanks are paid to Ms. Maud Hody of Atlantic Headquarters, CSC, for her sensitive and comprehensive dossiers concerning the seven cases of suicide; to Mr. Marcel Chiasson, a resource member of the Study Team and our contact with Atlantic Headquarters and so to the Institutions; to Dr. Daniel Craigen, Director General of Medical and Health Care Services, an ex-officio member of the Study Team for his wise and temperate contributions to our discussions; to Mrs. Doreen Sarazin, our executive secretary, whose administrative abilities and admirable Minutes have contributed so much to the Study.

The Study Team expresses its appreciation to the representatives of the Citizens Advisory Committees for Atlantic Institutions for their frank, helpful, informed criticisms and positive suggestions.

## MEMBERS OF THE STUDY TEAM

Dr. E.H. Botterell, Chairman

Dr. S.N. Akhtar

Mr. J. Fagan

Professor R.C. Kaill

Mr. W.F. McCabe

## TERMS OF REFERENCE

1. Investigate in all possible ways the background of the seven suicide cases which have occurred in the Atlantic Region this year.

2. Identify any contacts that each may have had with the inmate sub-culture.

3. Determine if any inmates, present in the Atlantic Region since January 1, 1983, were incarcerated in Quebec or other Regions previous to their transfer to the Atlantic Region.

4. Determine a correlation, if such exists, between the transferred inmates (ref. clause 4) and the inmates believed to be involved in the inmate sub-culture in the Atlantic Region (ref. clause 1).

## REPORTING RELATIONSHIP

The Study Team will report to the Commissioner of Corrections and, for cause, to the Solicitor General of Canada.

**CONCLUSIONS OF STUDY TEAM:**

1. Stress which was overwhelming for the individual was identifiable in each case.

2. Five of the seven individuals showed clearly identifiable signs of emotional disturbance and one individual was psychotic.

3. Differentiation of the emotionally disturbed inmate who is suicidal, in comparison with emotionally disturbed inmates who are not suicidal, is often a difficult decision both for professionals and custodial staff.

4. The institutional staff must notify the health care centre immediately or take the inmate to the health care centre, through the responsible senior custodial officer, whenever an inmate shows signs of severe mental or emotional distress or is suspected of being suicidal.

5. Unification must be achieved of preventive and treatment efforts regarding potentially suicidal inmates by the administration, by custody, by case management and psychology, and by the medical/psychiatric and nursing staff of the Health Care Centre.

6. With the exception of the suicide in Westmorland, a very rare occurrence in a minimum security institution, the custodial staff reacted with commendable speed and competence.

7. Caring, concerned suspicion of potential suicide occurring in emotionally disturbed and clinically depressed inmates, by every member of all branches of the institution's staff is vital to prevention and to early treatment by the medical and health care staff.

8. A psychologist should have as a specific responsibility, collaboration in the prevention and treatment of suicide as a member of the medical, nursing, psychologic, psychiatric team.

9. The services of the CSC system in Dorchester and Springhill were diluted and deficient, particularly in the areas of direct service to inmates during the period of the seven suicides; this was also the period of the maximum number of external transfers and of increased general population which produced a major change in the inmate sub-culture.

10. Deficiencies in direct services lead to increased stress in vulnerable inmates and increase the potential for suicide; diluted and diminished therapeutic contacts and counselling reduce the opportunity to prevent suicide.

11. The National Headquarters of the CSC did not take sufficiently into consideration the effect of the large number of transfers upon the Case Management, Psychological and Medical and Health Care Services, including psychiatry, provided for inmates in the receiving Atlantic Institutions.

12. Sufficient decentralization of responsibility to the Atlantic Regional Headquarters and to the Wardens of Dorchester and Springhill is needed to prevent excessive increase in inmate population and transfers leading to excessive dilution and deficiencies of direct inmate services.

13. In the working paper of every Study Team member, the need for documentation to arrive with the transferred inmate at the receiving institution is put forward as being of the utmost importance. The arrival of documents days after the arrival of the transferred inmate has contributed to serious errors of judgment.

14. A multi-disciplinary, multi-centre research project, epidemiologically and biostatistically planned is necessary to improve the identification, prevention, and treatment of potentially suicidal inmates.

15. In spite of caring, concerned efforts of all staff members and a seemingly effective surveillance system, suicides will occur from time to time.

## SUMMARY OF RECOMMENDATIONS

1. It is recommended that only under extraordinary circumstances, or in non-emergency circumstances with full documentation and after consultation with a second appropriate medical specialist, should the Warden and/or a committee overrule an unequivocal medical/psychiatric recommendation by the responsible physician regarding medical/psychiatric care of a patient-inmate under his professional care. (8)

2. It is recommended that:
   (a) documentation, including medical and health care records, accompany the inmate at the time of transfer; and
   (b) the proposed Transfer Medical Card be used. (8)

3. It is recommended that all members of the institutional staff be instructed to notify the health care centre immediately or take the inmate directly to the health care centre, through the responsible senior custodial officer, whenever an inmate is observed to be suffering severe mental or emotional distress or is suspected of being suicidal. (10)

4. It is recommended that stricter controls relating to gambling be instituted and enforced. (10)

5. It is recommended that:
   (a) in all institutions, segregation of violence-prone inmates be consistently carried out; and

(b) when inmates express grounded fear for their personal safety, serious consideration be given to inter-regional transfer. (13)

6. It is recommended that the nurse from the health care centre, who takes an initial history, etc. of all inmates within 24 hours of admission, advise the institutional physician and custody immediately of any inmate judged to be at risk of suicide or requiring medical/psychiatric care because he is severely or abnormally emotionally disturbed. (15)

7. It is recommended that cell door construction in reception units be of open bar design, rather than solid metal. (16)

8. It is recommended that summary medical/psychiatric documentation, a Transfer Medical Card, highlighting any known suicide risk, accompany the inmate at the time of transfer; this card to be read by the health care centre staff, the nurse, when the inmate is admitted. (16)

9. It is recommended that two cells in the health care centre be electronically monitored. Such monitoring should be restricted to cells occupied by high-risk inmates only. This is not regarded as preferable to clinical care by an adequate staff. (16)

10. It is recommended that The Correctional Service of Canada exercise its responsibility to ensure that Newfoundland federal inmates are offered the opportunity to serve their sentences within their home province. (18)

11. It is recommended that:

    (a) the channels of communication between Westmorland and the Dorchester health care centre be open and defined; and

    (b) the nursing service in Dorchester health care centre be instructed to be readily available to Westmorland in both emergency and non-emergency situations. (22)

12. It is recommended that the Chaplaincy Service collaborate with the professional group (physician, psychiatrist, nurse, psychologist) engaged in the medical/psychiatric care of emotionally disturbed patient-inmates with a view to the prevention of suicide. (23)

13. It is recommended that management and correctional staff and the Chaplaincy Service engage in regular ongoing education with a view:

    (a) to identifying and reporting very promptly inmates showing signs of disturbed emotional and/or mental behaviour to the health care centre, through the senior custodial officer; and

    (b) to working closely with the professional team engaged in the medical/psychiatric, psychologic, nursing care of emotionally disturbed patient-inmates. (23)

14. It is recommended that:

    (a) the staff of Westmorland be trained to deal with suicidal emergencies effectively and with a minimum of delay;

    (b) a minimum of two staff members fully trained in cardiopulmonary resuscitation and the use of the AMBU apparatus be on duty on each

shift; and

(c) a cardiopulmonary resuscitation kit containing an AMBU apparatus, face mask, airway and small oxygen tank be kept assembled in a fully operational state in Westmorland Institution. (23)

15. It is recommended that, the **Case Management Manual** be scrapped or drastically revised and the role of the Case Management Officer be redefined unless it is possible to substantially increase case management staff, so that a realistic relationship exists between the requirements of the Manual and the available qualified personnel, encouraging greater initiatives in dealing with troubled inmates. (33)

16. It is recommended that the individual case management officer's caseload not exceed 40 inmates. (34)

17. It is recommended that in each institution one psychologist be appointed to:

(a) develop a close relationship with the health care centre, to serve as an active member, colleague and consultant of the medical, psychiatric, nursing treatment team and with special reference to the problem of suicide;

(b) develop a close liaison between the health care centre and the case management group including psychology; and

(c) encourage psychiatrists and psychologists to develop increased collaboration in the treatment of inmates with emotional disturbances, inmates who are psychiatrically ill, (including clinical depressions) and inmates who are potentially suicidal. (37)

18. It is recommended that the Regional Manager, Communications undertake a program which would lead to the media in the area down-playing suicide by an inmate and handling it in a humane fashion with the family in mind as is done for suicides in the community. (39)

19. It is recommended that the announcement of suicides be withheld until the name of the deceased can be attached to the story along with the comment, " ... the family has been notified." (39)

20. It is recommended that when potential back-up personnel are on patrol rather than at fixed posts, they be linked by radio, walkie-talkie, with Central Control to facilitate the earliest possible response to a suicide crisis. (40)

21. It is recommended that arrangements be made at Springhill to ensure more immediate arrival of the nurse with the AMBU apparatus at a suicidal incident than exists at present. (41)

22. It is recommended that consideration be given to improving access between the health care centre and the general cell area at Springhill. (41)

23. It is recommended, in view of the foregoing, that at Springhill the "back" (night) shift personnel be increased by the addition of:
    (a) an additional registered nurse or a paramedic to be assigned to the health care centre; and

(b) one additional correctional officer to be assigned to the reception area cells. (42)

24. It is recommended that:

(a) National Headquarters place limits on the size of an incoming draft to a receiving institution in order to permit prompt, orderly absorption of such inmates and their documentation; and

(b) the frequency of such transfers also be carefully monitored so the human resources of the receiving institutions do not become over-extended and deficient. (43)

25. It is recommended that Regional Headquarters have the right to veto the inter-regional transfer of unduly large drafts or the too frequent arrival of transfer groups to Dorchester or Springhill Institutions. (44)

26. It is recommended that:

(a) the Dorchester blunt-ended cutting device, similar to tin-snips, be issued nation-wide so that one is immediately available to persons on surveillance patrol; and

(b) research be undertaken to locate or to develop a still more effective instrument for the severance of a ligature buried in a swollen neck and strangling the individual. (47)

27. It is recommended that an inmate self-help program, such as Conaid, be looked into by Dorchester Institution. (50)

28. It is recommended that:

    (a) all institutional staff be regularly exposed to information about suicide in general and about suicide in prison in particular;

    (b) psychiatrists and psychologists on the staff conduct in-service workshops; and

    (c) outside speakers be invited to update the staff's knowledge and improve their skills in dealing with this phenomenon. (51)

29. It is recommended that a prospective long-term multi-disciplinary multi-centre research program with epidemiologic and biostatistical planning and involving psychiatry, psychology, neurology, medicine and nursing and with full laboratory back-up, be undertaken with a view to the improved identification of potentially suicidal inmates and to improved prevention and treatment. (54)

30. It is recommended that the professional (functional) responsibility and authority of the part-time (contract) physician and the part-time (contract) psychiatrist be emphasized in all matters concerning the care of patients by the CSC. (57)

31. It is recommended that all professional staff serving patients in the health care centre be registered in the province in which the institution where they are employed is situated. This applies to doctors, dentists, nurses, psychologists and allied health professionals. (57)

32. It is recommended that every new inmate should have a brief psychiatric work-up to identify possible psychiatric problems, including any suicidal tendencies, by the nurse and by the institutional physician. (58)

33. It is recommended that four additional questions be added to Form CSC 416, to be asked with considerateness and care by the nurse:

    1. Have you ever been admitted to (a) a psychiatric hospital; (b) to the psychiatric ward of a general hospital?
    2. Have you ever had a (clinical) depression that lasted for more than one week?
    3. Have you ever been so depressed that you have had suicidal thoughts or attempted suicide?
    4. Have you ever been a patient in a psychiatric clinic, or a psychiatrist's private patient? (59)

34. It is recommended that a system of formally alerting the entire staff to the possibility of suicide by an emotionally disturbed inmate be adopted: "close observation". (60)

35. It is recommended that:

    (a) all categories of staff who have personal contact with the inmate, i.e., security, case management officers, psychologists, psychiatrists, physicians, nurses, et al., be able to initiate the "close observation" process by filling in a "close observation card" on an inmate who is perceived to be **significantly** suicidal; and

    (b) the card should indicate the reasons for the judgement that the individual inmate is a suicidal risk. (61)

36. It is recommended that once a "close observation card" is issued, the inmate should be immediately reported to the health care centre, or should be taken to the health care centre, through the senior custodial officer on duty, and a decision reached whether or not "close observation" should be implemented by the institutional physician advised by the psychiatrist, or the proposed consulting psychologist to the health care centre. (61)

37. It is recommended that:

(a) within 48 hours of "close observation" the inmate's case should be reviewed by the medical/psychiatric team, presided over by the institutional physician, and consisting of the consultant psychiatrist, the psychologist, and the nurse;

(b) if the Team decides that the suicidal risk is substantial, the inmate, if he is not already at the health care centre, should be transferred to the hospital section of the health care centre under the overall responsibility of the institutional physician and under the direct care of the consultant psychiatrist. Westmorland inmates should be admitted to Dorchester health care centre;

(c) while at the health care centre the patient/inmate should be the subject of a program of medical and nursing care similar to that provided for such patients in civilian psychiatric hospitals; and

(d) this program should remain in effect until the medical/psychiatric team presided over by the institutional physician and advised by the psychiatrist, makes a judgment that the inmate/patient is no longer suicidal and can be taken off "close observation".(62)

38. It is recommended that:

(a) psychiatric coverage to Dorchester Institution be augmented by increasing the time of the psychiatric consultant so he/she is in the institution at least five half-days a week and he, or an alternate be on call for emergencies at all times; at Springhill, the psychiatrist presently serving three half-days a week should serve five half-days a week and he, or an alternate, be on call for emergencies at all times;

(b) a psychiatric unit of 10 to 15 beds be established in the hospital section of Dorchester to house and treat inmates with suicidal tendencies and other "manageable" psychiatric disturbances;

(c) at Springhill, two psychiatric beds in the health care centre, permitting proper surveillance, possibly electronic, be established to treat acutely suicidal or mentally and emotionally disturbed patient-inmates pending their transfer to Dorchester psychiatric ward or to a provincial hospital;

(d) the nursing station of the psychiatric ward at Dorchester be on the same side as the hospital cells, so as to provide ongoing observation of patients through contact with the nursing staff;

(e) a security officer be on duty in the hospital section of Springhill at all times in order to ensure speedy entry into all hospital cells. (Alternatively, consideration should be given to providing the nursing staff with the key to the hospital cells with appropriate safeguards against its loss or capture by the inmates.);

(f) all nurses entering the Correctional Service of Canada be required

to undergo a period of indoctrination, consisting largely of psychiatric training, for a period of not less than 8 to 12 weeks. Part of this period should be spent in the forensic unit of a psychiatric hospital, e.g. Nova Scotia Hospital, Pinel Institute or Clark Institute; and

(g) establishment, as a licensed provincial psychiatric hospital, of the 10-15 bed psychiatric unit proposed for Dorchester is essential. Otherwise, psychotic patient-inmates, e.g. a suicidal schizophrenic patient cannot be "committed" and required to take essential medication. A CSC institution is not a provincial mental hospital governed by the Provincial Mental Health Act and inmates are not "committed". (64)

**39.** It is recommended that as rapidly as possible a sufficient number of interested nurses be sent on appropriate courses or receive "on-the-job" hospital training in psychiatry in a university or provincial hospital with emphasis on penological and forensic psychiatry. (67)

**40.** It is recommended that an agreement between the CSC and the provincial psychiatric hospitals be developed providing for prompt transfer and the psychiatric care needed by CSC patient-inmates who are acutely psychotic or who require a special program. (70)

**41.** To optimize the health care of inmates by institutional health care centre and psychology department, it is recommended that:

(a) at Springhill, the headquarters for psychiatry for the care of patients, including potential suicide cases, be relocated in the health care centre at the earliest reasonable time;

(b) in all institutions, institutional psychology departments and health care centres be located adjacent to each other whenever feasible; and

(c) institutional physicians, nurses, psychiatrists, and psychologists be encouraged to collaborate in the development of treatment programs for inmates manifesting behavioural/psychological problems, and psychiatrically ill (including clinical depression) patient-inmates. (72)

**42.** It is recommended that the Warden of Dorchester provide repeated reassurance to the Inmate Committee concerning their anxieties over prescribed medications. (74)

**43.** To preserve the full capacity of nurses as caring professional staff: (i) to cope well with the unremitting mental and emotional pressures and stress of working in maximum and medium security institutions; (ii) to avoid excessive turnover of experienced nurses; (iii) to provide the best possible patient care and immediate and effective management of potential cases of suicide,

it is recommended that nurses be granted, as a condition of employment, leave with full pay from maximum and medium security institutions for:

(a) purposes of continuing medical and psychiatric education annually for a minimum consecutive period of ten working days in addition to

the existing statutory five days provided; this should not be cumulative; and

(b) a system of required sabbatical leave, at five year intervals, for the intellectual and emotional "recharging" of the caring nurse on the scale of ten working days per year, maximum 50 days; 50 working days at the end of the first five years at 50% full pay; 50 days at 75% of pay at the end of the second five years; 50 working days at the end of the third five years at full pay. To serve its designed purpose, sabbatical leave must not be cumulative and must be taken when due. (79)

**44.** It is recommended that nurses not do overtime to compensate for holidays, continuing education or sabbatical leave of other members of the health care centre nursing staff. (80)

**45.** It is recommended that the Reception Area requires the supervision, care and direction of a senior correctional officer and that there be an increase of staff in the person of a second correctional officer during weekends, holidays and the "back-shift". (81)

**46.** In the event the Coroner releases the body without a post-mortem examination, it is recommended that the CSC take whatever steps are necessary and arrange for a post-mortem examination to be carried out at the nearest general hospital with a pathologist and a Department of Pathology. (82)

47. It is recommended that in Springhill, where the inmates are supposed to be low-risk, non-dangerous types, the need to double-lock the cells and the prohibition of the staff from carrying keys on the range be reconsidered. (85)

48. It is recommended that there be either a second nurse on duty in the health care centre on the "back-shift", a fully-trained certified "paramedic" or a registered nursing assistant. (86)

49. It is recommended that:

(a) a Transfer Medical Card and Envelope be developed and issued by the CSC to all Canadian correctional institutions, jails, provincial institutions, and CSC institutions;

(b) the Transfer Medical Card must be signed by the physician or nurse at the sending institution;

(c) the Transfer Medical Card in a sealed envelope must be attached to the Transfer Warrant of the individual inmate;

(d) the CSC must establish, unequivocally, that no CSC institution will accept an inmate by transfer without a Transfer Medical Card;

(e) the Transfer Medical Card be opened only by the nurse at the receiving institution, save in cases of emergency; and

(f) the tracking method of the Transfer Medical Card in the receiving institution be developed by the CSC so as to ensure:

(i) medical confidentiality,

(ii) prompt notification of the institutional physician, "reception" and the senior custodial officer in the event that suicidal

risk is red-flagged, or because the inmate requires special observation and medical care as a patient suffering from diabetes, epilepsy, or the like. (89)

50. It is recommended that a study be undertaken of inmate experience in federal institutions with the objective of gaining greater understanding of the institutional environment, and developing means by which negative social pressures on inmates might be lessened. (91)

# REPORT OF THE STUDY TEAM: SUICIDES IN THE ATLANTIC REGION

The Director General of Medical and Health Care Services reported to the Study Team that advice received from the Department of Justice is that **the policy of the Ministry is to ensure the maintenance of health and preservation of life of inmates in the custody of the Correctional Service of Canada.** Suicide is the commonest cause of death of inmates in the Correctional Service of Canada. From January 1 to October 31, 1983, 17 of 38 deaths were suicides. In the calendar year of 1982 suicides accounted for 15 of the 37 deaths.

From the start of the first meeting of the Team, the members expressed a deep commitment to the study of the problems surrounding the seven cases of suicide in the CSC Institutions in the Atlantic Region. These seven suicides occurred in just over the first half of the year 1983, between February 17th and August 25th, 1983. This number is almost twice the number of suicides committed during the five year period 1978 to 1982, when there were four suicides in the Atlantic Region.

The special understanding of the functioning of the CSC Atlantic Institutions by the three Maritime members of the Study Team emphasizes the significance to the people of the Atlantic Region of seven deaths by suicide in such a relatively short period: three in Dorchester maximum security; three in Springhill medium security; one in Westmorland minimum security. The number of suicides, 7 in the Atlantic Region in the first seven months of 1983, is unusual and unequivocally a statistically significant increase compared with the previous five years. Other regions of the Correctional Service of Canada have not experienced an unusually high number of suicides this year, 1983.

The objectives have been (a) to identify causative factors or precipitating factors contributing to the suicide of seven individuals; (b) to improve

the early identification of suicidal inmates and the prevention of suicidal attempts; (c) to prevent suicide by the very prompt initiation of effective cardiopulmonary resuscitation.

The Team recognizes that the decision to commit suicide is influenced by a considerable number of variables: by stressful **exogenous** factors, such as fear, loneliness and marital and family crises; by **endogenous** factors within the individual, such as biochemical or other organic dysfunction of the central nervous system. The latter may require psycho-pharmacologic or general medical treatment.

The Team judged that the study of the seven suicides in the closed community of the CSC must include the following broad areas:

1. **Study of each individual suicide:** A full case history has been developed from the following sources: from the institutional Inquiry reports; from the comprehensive dossier prepared by the CSC Atlantic Region Headquarters, including parole reports; from Coroners' reports, including autopsy reports; from an inquest report; and other documents.

2. **Study of the working of the three institutions; Dorchester and Springhill involved in three suicides each and Westmorland Institution involved in one.** Special attention has been paid to units providing direct services to inmates, such as Case Management, Psychology, Medical and Health Care Services including Psychiatry, Correspondence and Visits.
   Recommendations will be put forward which reflect the considered judgment of the Study Team.

3. **Study of the overall operating system of the CSC** and any effects it might have produced upon the operations of the three institutions under

consideration and in consequence (a) upon individual inmates comprising the general population and (b) upon the seven individuals who took their own lives.

4. **Study related to the longer term** which might identify operational policies of the CSC increasing the punishment of loss of liberty because of increased stress and possibly increasing the suicidal rate.

## STUDY OF SEVEN INDIVIDUAL CASES OF SUICIDE

### Introduction: The Inmate Sub-Culture Impact on Suicides in Atlantic Region Institutions, 1983

When individuals exist within a confined space over a period of time, social structures invariably emerge. Within the penitentiary setting, this implies that inmate sub-cultures develop and alter when substantial changes in type of offenders, sentence duration and security level of institutions occur.

Inmate sub-cultures share many norms and values of the wider society outside prison. For example, loyalty to the group is expected in exchange for the relative safety provided to members. The norm of reciprocity is also evident - favours given are expected to bring reciprocation. Finally, members are expected to recognize and resist "the enemy" (staff), and accord them no more than minimal compliance.

The inmate peer group is not unreasonable in defining staff members as "the enemy". Despite commitment of the CSC to rehabilitation or other "helping" principles, the first duty of the prison staff is to maintain the punishment of custody imposed by the courts. This is not to suggest that the correctional role cannot be performed in a positive constructive humane manner.

On the other hand, inmate sub-cultures differ from the wider society in a number of respects. Since their members are, by definition, deviant, they

tend to tolerate and/or approve behaviours which would be considered unacceptable in society at large. Gambling, drug abuse, homosexual practices, "muscling" of other inmates for goods and services, both legitimate and illegitimate, are tolerated. Because of the macho self-image the venting of profound emotions is rejected as indicative of weakness or effeminacy.

While, formally and ultimately prisons are controlled by the staff, inmates exert both direct and indirect influence on their daily operation. As a result of changes in the inmate sub-culture, the flow of contraband goods may be increased or decreased. The distribution of legitimate items (such as canteen goods) is also likely to be affected. Even staff prerogatives are subject to inmate influence. Cell and work placements, approval of leave applications and other preferments are not exempt from this process. For example, it is a relatively simple matter to embroil an inmate, "dissident" by peer standards, in a fight to disqualify him from favourable leave consideration.

Nevertheless, from an administrative perspective, sub-cultural stability contributes to ease of control and day-to-day management.

Any circumstance that de-stabilizes the inmate sub-culture creates problems for the institutional staff.

**Overcrowding**, for example, is likely to be a source of numerous minor irritants among inmates, and will be reflected in increased levels of tension.

**Transiency of inmates** also disrupts the functioning of the sub-culture, especially, if the newcomers subscribe to different norms than do inmates already in place. The arrival of a substantial number of outsiders from other regions may trigger a power struggle within the inmate community.

Consideration of these and other problems will emerge as they relate to the seven individual suicides. These seven case histories and dossiers have

been gone over and over. The objective of the Team has been to identify problems in the system of inmate care and to develop recommendations which would lead to improvements in the system for the "maintenance of health and preservation of life" of inmates: the prevention of suicide.

No little care has been taken to avoid making individual retrospective judgment calls: a most fallacious operation.

**General Observations**

Some general observations are required:

1. **Psychiatric Care:** Six of the seven cases were not under psychiatric care and had not been seen by a psychiatrist.

Six of the seven suicides were not on a suicide-watch.

2. **Emotionally Disturbed:**

The term "emotionally disturbed" is used in a broad sense embracing chronic, ongoing problems, as well as acute discomfort brought about by recent happenings in the inmate's life. As used in this report, the term reflects a sense of subjective distress on the inmate's part leading to a suicidal impulse. It is not inferred merely from

the inmate's legal difficulties or from the act of suicide itself but from the symptoms and signs of emotional distress.

3. **Delay in the arrival** at the receiving institution of significant medical and psychological documentation was encountered by the receiving institutions following transfer of three of these seven suicide cases.

4. **The number of suicides - 7 - under consideration** requires that conclusions and recommendations should be derived primarily from intensive study of each individual case as it relates to the CSC system.

**Case #1 -**

**The Medical Socialization Committee, the majority of whom, including the Warden, are non-medical, made the decision to move Case 1.** Speaking to the Study Team at the first meeting, the Warden recorded that he would make the same decision again under similar circumstances.

The problem here is twofold: the assumption of the responsibility for psychiatric care by the Medical Socialization Committee and/or the Warden creates an impossible situation. It is recognized that a dual responsibility exists. The physician has a professional and legal responsibility. The Warden is also legally responsible for those inmates in his care. With an ongoing policy of overruling the professional decisions of physicians, it would be extremely difficult to retain or recruit a competent psychiatrist or general physician.

**Full documentation of psychiatric and potential suicidal significance did not accompany the patient-inmate.** (emphasis by Study Team)

The Team is concerned with the **process** of decision-making in this case and the bearing upon the recruiting of future competent, professional medical/psychiatric staff.

**Recommendation:**

1. It is recommended that only under extraordinary circumstances, or in non-emergency circumstances with full documentation and after consultation with a second appropriate medical specialist, should the Warden and/or a committee overrule an unequivocal medical/psychiatric recommendation by the responsible physician regarding medical/psychiatric care of a patient-inmate under his professional care.
2. It is recommended that:
   (a) documentation, including medical and health care records, accompany the inmate at the time of transfer; and
   (b) the proposed Transfer Medical Card be used.

**Case #2 -**

Significant data in an admirable report of the psychologist in Springhill, probably prepared in August 1978, does not appear to have reached the case management group, the psychologist or the health care centre at Dorchester in 1983.

The 1983 records of the Dorchester psychologist suggest the potential breakdown of defense mechanisms indicated by the Springhill psychologist in 1978 was coming to pass.

No mention of suicide appears in the documents regarding the case by the psychologist, 1983 Dorchester. Case 2 was not on a suicide-watch list.

There is evidence to suggest that the suicide of Case 2 was triggered to a degree by the suicide two days earlier of Case 1.

**Recommendation:**

3. It is recommended that all members of the institutional staff be instructed to notify the health care centre immediately or take the inmate directly to the health care centre, through the responsible senior custodial officer, whenever an inmate is observed to be suffering severe mental or emotional distress or is suspected of being suicidal.

Case #3 -

**Recommendation:**

4. It is recommended that stricter controls relating to gambling be instituted and enforced.

This inmate was not on the suicide-watch list at Dorchester and was not under psychiatric care. Again, it is recommended that all members of the institutional staff be instructed to notify the health care centre, or take the inmate to the health care centre immediately, acting through the senior custodial officer, whenever an inmate is observed to be suffering severe mental or emotional distress or suicide is suspected. (Refer to Recommendation #3.)

**Case #4 -**

It is again recommended that stricter controls over gambling be enforced. (Refer to Recommendation 4)

A recommendation was made by the Case Management Team for Case 4's transfer back to Dorchester and one of the reasons given was "pressuring to collect debts."

The Regional Classification Board did not concur in Case 4's transfer to Dorchester,

**Recommendation:**

5. It is recommended that:

   (a) in all institutions, segregation of violence-prone inmates be consistently carried out; and

   (b) when inmates express grounded fear for their personal safety, serious consideration be given to inter-regional transfer.

**Case #5 -**

Case 5's documentation was received at Springhill three days after his transfer from Dorchester. This delay almost certainly contributed to his suicide. The victim was not on the suicide-watch list nor was he under psychiatric care.

**Reception:** A large proportion of inmate suicides occur in reception units, as in this case. Admission to an institution constitutes a traumatic experience for most inmates. It is therefore, important that predispositions towards self-injury or destruction be detected as soon as possible.

**Recommendation:**

6. It is recommended that the nurse* from the health care centre, who takes an initial history, etc. of all inmates within 24 hours of admission, advise the institutional physician and custody immediately of any inmate judged to be at risk of suicide or requiring medical/psychiatric care because he is severely or abnormally emotionally disturbed.

Since the essence of imprisonment is loss of freedom, newly admitted inmates are likely to experience acutely this loss in terms of **social isolation.** A security officer informed the Team that new inmates commonly exhibit

* The recommendation of a nurse to fulfill this duty is considered as complementary to the recommendation of an experienced officer for this purpose as proposed by the Bureau of Management Consulting (1981). The need for psychiatric training of nurses is considered in later sections.

a desire for communication, but are inhibited by the closed nature of the cells. Increasing the opportunity for communication may contribute significantly to lowering anxiety levels and should, therefore, be facilitated.

**Recommendation:**

7. It is recommended that cell door construction in reception units be of open bar design, rather than solid metal.

8. It is recommended that summary medical/psychiatric documentation, a Transfer Medical Card, highlighting any known suicide risk, accompany the inmate at the time of transfer; this card to be read by the health care centre staff, the nurse, when the inmate is admitted.

It is reported that Kingston Penitentiary has found electronic surveillance in the regional Treatment Centre (formerly known as the Regional Psychiatric Centre) of unequivocally emotionally disturbed patient-inmates to be of significant assistance. The understanding of the Team is that the Treatment Centre in Kingston Penitentiary has eight such cells.

**Recommendation**

9. It is recommended that two cells in the health care centre be electronically monitored. Such monitoring should be restricted to cells occupied by high-risk inmates only. This is not regarded as preferable to clinical care by an adequate staff.

**Case #6 -**

The responses of the security, nursing and medical staffs were prompt and appear appropriate.

This suicide, as that of Case 5, occurred in the reception unit of Springhill Institution. Although Case 6 had been there for 14 days, no record was found of his having been assessed, even in a preliminary manner, for emotional stability, by nurse, physician, psychiatrist or psychologist.

Recommendation #6, emanating from a previous case, Case 5, is therefore repeated.

It is recommended that the nurse from the health care centre, who sees all inmates within 24 hours of admission, who obtains an initial history and who carries out a limited physical examination, advise the institutional physician and custody immediately of any inmate judged to be at risk of sui-

cide or requiring medical/psychiatric care because of severe emotional disturbance.

It is also appropriate to repeat the following recommendations, again from the previous case, Case 5, since the changes proposed might have contributed to the deterrence of the suicide of Case 6.

It is recommended that cell door construction in reception units be of open bar design, rather than solid metal.

It is recommended that two cells in the health care centre be electronically monitored; such monitoring to be restricted to cells occupied by high-risk inmates.

The delay in processing this inmate, who spent two and one-half months in reception areas, almost certainly contributed to his level of anxiety, apprehension and stress. Also, being incarcerated on the mainland, in many instances, creates insuperable logistical barriers to contact between inmates from Newfoundland and members of their families or friends, with resultant stress of unusual severity.

Three of the seven cases of suicide were of Newfoundland origin,

**Recommendation:**

**10.** It is recommended that the CSC exercise its responsibility to ensure that Newfoundland federal inmates are offered the opportunity to serve their sentences within their home province.

**Case #7 -**

The staff response to this suicide was slow and uncertain and reflects a need for training of staff in dealing with emergencies of this nature.

In Westmorland, a minimum security institution, the responsibility of the staff to report such evident emotional disturbances to the institutional physician very promptly is clear, even though he may attend the institution only a half-day a week or as needed. Westmorland has a full-time psychologist five days a week,

**Recommendation:**

**11.** It is recommended that:

(a) the channels of communication between Westmorland and the Dorchester health care centre be open and defined;

(b) the nursing service in Dorchester health care centre be instructed to be readily available to Westmorland in both emergency and non-emergency situations.

## ROLE OF THE CHAPLAINCY SERVICE

The Team is of the opinion that the Chaplaincy service should immediately advise the health care centre of any inmate who they judge to be severely or abnormally mentally and/or emotionally upset, of being suicidal or having suicidal thoughts. The treatment of emotionally disturbed inmates, possibly suicidal, must be a collaborative team effort, including physician, psychiatrist, psychologist, nurse and the Chaplaincy Service. Only the health care centre, through the nursing service, provides an in-institution professional health service 24 hours every day.

The Study Team believes that the Chaplaincy Service is an important component of the treatment team involved in the prevention of suicide.

**Recommendation:**

12. It is recommended that the Chaplaincy Service collaborate with the professional group (physician, psychiatrist, nurse, psychologist) engaged in the medical/psychiatric care of emotionally disturbed patient-inmates with a view to the prevention of suicide.

13. It is recommended that management and correctional staff and the Chaplaincy Service engage in regular ongoing education with a view:

    (a) to identifying and reporting very promptly inmates showing signs of abnormal disturbed emotional and/or mental behaviour to the health care centre, through the senior custodial officer; and

    (b) to working closely with the professional team engaged in the medical/psychiatric, psychologic, nursing care of emotionally disturbed patient-inmates.

14. It is recommended that:

    (a) the staff of Westmorland be trained to deal with suicidal emergencies effectively and with a minimum of delay;

    (b) a minimum of two staff members fully trained in cardiopulmonary resuscitation and the use of the AMBU apparatus be on duty on each shift; and

    (c) a cardiopulmonary resuscitation kit containing an AMBU apparatus, face mask, airway and small oxygen tank be kept assembled in a fully operational state in Westmorland Institution.

**STUDY OF THE WORKINGS OF DORCHESTER, SPRINGHILL AND WESTMORLAND INSTITUTIONS: RELATING TO THE SEVEN SUICIDES**

Each member of the Study Team has spent several days visiting Dorchester and Springhill and less time in Westmorland. Conversations have been held with the Wardens of Dorchester and of Westmorland, with the Executive Assistant to the Warden of Springhill, with inmate committees of Dorchester and Springhill and with other inmates, chaplains, correctional staff, case management staff, living unit officers, psychologists, nurses, physicians, and psychiatrists, a member of the union and others. The health care centre at Dorchester was visited. Conversations were held with three institutional physicians, two psychiatrists, and several nurses, including the Assistant Wardens, Health Care Services. Springhill health care centre was twice visited, once during the nurse's sick parade activities and once for the physician's sick parade. Conversations were held with psychologists serving Dorchester, Springhill and Westmorland.

The Study Team believes that the total of the visits and conversations in the three institutions included all, or almost all, areas providing direct services to individual inmates.

The criminologist from Dalhousie, penologist from Newfoundland, and John Howard Society member achieved a broad and careful study of all areas other than the general medical, nursing and psychiatric activities. On some visits members of the Team worked in pairs, e.g. to visit Correspondence & Visits at Dorchester, to inspect the cardiopulmonary resuscitation equipment at Dorchester and to talk with the Chaplains; the final visit to Westmorland was by three Team members.

The exploratory approach was based on these visits with notes made during or shortly after the conversation. Where it was possible data developed by

the Bureau of Management Consulting were used to refute or support the observations of the Study Team and to initiate other approaches.

A few days before the first meeting of the Team, on October 3, 1983, factors contributing to the suicides were identified by two senior professionals and the Warden of Dorchester.

1. The large number of transfers from Quebec, Ontario, and Western Canada dating back to 1982 had resulted in a dilution of medical and psychological services. There was a substantial backlog of inmates waiting initial psychological and medical examinations. "... there was a backlog in initial (medical) physical examinations due to the increase in the inmate population ... At one time we were about 100 medicals behind. As of today we are 40 medicals behind." This was an estimate recorded on September 26, 1983.
2. Dorchester had assumed the role and responsibility of a Regional Reception Centre.
3. The case management system replaced the classification officer. Under the case management system, every inmate on a case management officer's caseload must be seen quarterly whether or not the officer judges it necessary and whether or not the inmate wants this contact. A report is required quarterly on each inmate.

   The belief is widespread in the institution and is held by a senior officer at regional headquarters that the case management system demands a much increased load of reporting. This results in more paper work and significantly less conversation with inmates in need of counselling.
4. The psychiatric service is inadequate. There is need for a psychiatric unit with 10 to 15 beds and expansion of staff at all levels.

**WARDENS**

At the first meeting of the Study Team, the three Wardens (Dorchester, Springhill, and Westmorland) emphasized the large increase in inter-regional transfers and the increase in general population. This was accompanied by the importation of a new inmate sub-culture which the Atlantic Region did not normally have. The institutions' resources were stretched.

Other variables mentioned were intra-regional transfers, gambling, new developments in the drug sub-culture and new and different factions in the inmate population: Western Canadians and Canadians from Ontario, Francophones, Blacks, Indians, et al.

Warden: "Dorchester has ceased to be a Maritime population and is more typically a routine maximum security operation." Dorchester is a multi-level facility, 104 years old this year, 1983. Currently (September 1983), the inmate population was 450, about 300 maximum security and 150 at the medium security level. Dorchester population has increased by about 100 in the past few years.

**Dorchester - Security Briefing - Suicide-Watch List:** Twice a week there is a **security briefing** at Dorchester to discuss all the problem inmates, including any suicidal inmates. A psychologist has established a set of criteria which identifies the inmates who require a "watch" and the degree of watch. The criteria are based on a number of factors from which the staff arrive at a numerical value. The opinion was offered that perhaps there are more problem people coming into CSC because of the cut-back in the community mental hospitals.

Warden: Springhill is now receiving a more violent type of offender - "sober violent" as opposed to "under the influence violent". The present

population at Springhill is 447 and has been as high as 508 this year, 1983.

Inmates go through approximately a two-week reception process at Dorchester, acting as the Regional Reception Centre, where inmates go through the placement procedures. An additional two-week reception process occurs after transfer to Springhill. The reception process at Springhill may be expanded in some cases, duplicating that at Dorchester; the inmates are isolated from the rest of the population, save for exercise at night.

If an inmate is received with a warning of suicidal tendencies, he would be put on a "watch" - constant, if necessary. No warnings were received about the individual, Case #6, who committed suicide in reception.

Warden: Westmorland ... "This is the first suicide in a minimum security institution in the CSC.

## STATISTICAL ANALYSIS OF SUICIDES IN THE FEDERAL PENITENTIARIES IN ATLANTIC CANADA: BUREAU OF MANAGEMENT CONSULTING (APPENDIX II)

There follow excerpts from this report of special interest to the Team regarding external (inter-regional) transfers and suicides and the final summing up.

**"Question 5"**: "Is there any relationship between transfers from other regions and suicides?"

**"Answer"**: "There is a statistical relationship between suicides and transfers from other regions for the Atlantic Region, but no such relationship exists for the rest of the federal penal system.

The accompanying table gives suicides and external transfers from the Atlantic Region and also for the remaining regions, by quarter.

TABLE 1

EXTERNAL (INTER-REGIONAL) TRANSFERS AND SUICIDES

| QUARTER | ATLANTIC | | REMAINING REGIONS | |
|---|---|---|---|---|
| | External Transfers | Suicides | External Transfers | Suicides |
| 1/78 | 15 | 0 | 228 | 0 |
| 2/78 | 13 | 0 | 354 | 1 |
| 3/78 | 14 | 1 | 371 | 3 |
| 4/78 | 22 | 0 | 343 | 1 |
| 1/79 | 21 | 0 | 299 | 1 |
| 2/79 | 16 | 0 | 313 | 4 |
| 3/79 | 25 | 0 | 354 | 4 |
| 4/79 | 31 | 0 | 317 | 0 |
| 1/80 | 22 | 0 | 190 | 0 |
| 2/80 | 10 | 0 | 119 | 4 |
| 3/80 | 11 | 0 | 149 | 1 |
| 4/80 | 10 | 1 | 126 | 4 |
| 1/81 | 8 | 0 | 92 | 3 |
| 2/81 | 19 | 0 | 173 | 3 |
| 3/81 | 75 | 0 | 240 | 2 |
| 4/81 | 21 | 0 | 198 | 4 |
| 1/82 | 28 | 0 | 207 | 2 |
| 2/82 | 32 | 1 | 30 | 1 |
| 3/82 | 36 | 0 | 169 | 4 |
| 4/82 | 31 | 0 | 231 | 3 |
| 1/83 | 68 | 3 | 267 | 4 |
| 2/83 | 86 | 2 | 322 | 2 |
| 3/83 | 37 | 2 | 294 | 3 |

"Examining the data for the Atlantic Region, we see that there was a major increase in external (inter-regional) transfers in this region during the first and second quarters of 1983 with the third quarter numbers dropping back somewhat.

"Correlating suicides and external transfers for the Atlantic Region gives a correlation coefficient r = .57. (Correlation co-efficients close to 0 show no association between the variables. Correlations close to 1 or -1 show a high degree of association). The value of r = .57 is statistically significant and shows that, for the Atlantic Region, suicides and transfers are associated.

"A similar correlation analysis for regions other than Atlantic yields different results. The calculated value of r here is -.20. This value is close to a 0, indicating (for the number of observations we have here) a lack of statistically verifiable relationship."

"Question 6": "So external transfers and suicides are correlated for the Atlantic Region. What does this mean?"

"Answer": "Let's look back at the data for the Atlantic Region in the Table in the Answer for Question 5. What we see is external transfers increasing very slowly from 1978 to 1982, while suicides remain quite rare. The underlying suicide rate might be increasing slightly as external transfers increase, but suicides are so rare that no firm conclusions can be made."

"Then at the beginning of 1983, the quarterly external transfer rate more than doubles. At the same time, there is an explosive increase in suicides. It is this behaviour that the correlation co-efficient is reflecting."

"Is there a causal relationship between external transfers and suicides. Correlation analysis alone cannot tell us that."

"Given the disruption the transfer of difficult inmates can have on a

stable institution it is plausible that there is a causal relationship between external transfers and suicides. On the other hand, it is possible that changes in administration causing increasing transfers just happened to coincide with the increased suicide rate. Furthermore, it is possible that increases in suicides and transfers are both caused by some third factor. Ultimate conclusions depend upon an examination of the Atlantic institutions themselves." (Appendix II, page 9)

"What we can say is this. Coinciding with the increase in the number of suicides in Atlantic Canada, the following things changed:

1. external transfers more than doubled;
2. there were major increases in psychiatric and medical examinations;
3. the overall inmate population increased almost 15%.

These may not be causal factors, but they probably merit further examination." (Appendix II, page 15)

There was no increase in psychiatric or psychologic resources or services during this period.

## MANAGEMENT REVIEW REPORTS AND SOME INMATE SERVICES - INSPECTOR GENERAL'S BRANCH

With knowledge of the doubling of external (inter-regional) transfers and the 15% increase in total population, there follow the results of study of specific areas.

The Study Team was provided with these Reports on Reviews conducted in January 1983 at Dorchester, in March 1983 at Springhill and in December 1981 at Westmorland. Because of the timeframe, comments respecting Westmorland will not be discussed even though the report was considered. Problems were identified during the Reviews and some seem relevant to this Study. Not every example bears directly on the suicide cases, but they often confirm information provided to the Study Team by CSC staff. This selection of Review findings will be accompanied by the comments of the Study Team.

### Case Management Services

The Study Team supports strongly the observation in the Management Review Reports, Inspector General's Branch; Dorchester - January 1983; Springhill - March 1983. In both institutions, the case management program is scrutinized at length. There follow observations from the Review Reports with some comments from the Team.

There is agreement among the Study Team that the case management officer is a member of institutional staff, who should be able to identify abnormal emotional behaviour in an inmate and advise promptly the health care centre, through the responsible custodial officer.

### Case Management Programs

In the Management Review Reports for both Dorchester and Springhill, the case management program is scrutinized at length. Dorchester Observations #18

on page 36 and #10 on page 25: the job description for Case Management Officer was last revised in 1976 and is no longer consistent with the **Case Management Manual**. A pending national review of the job description was given as the reason for failure to update. An institutionally updated description took effect March 2, 1983 (#18). Observation #10 is brief: "CERTAIN ASPECTS OF THE CASE MANAGEMENT PROCESS ARE NOT BEING MET." Two and one-half pages of elaboration and response follow.

Important to record is the comment, "THE STUDY TEAM WAS TOLD THAT FULL COMPLIANCE WITH ALL ASPECTS OF THE CASE MANAGEMENT MANUAL IS NOT POSSIBLE WITH PRESENT RESOURCES." (Emphasis by Study Team)

Management Review reports that the quality and quantity of Case Management Reports are found wanting: Springhill Observations #8 on page 26 and #14 on page 32: Observation #8 is brief, "THERE IS NEED TO ENSURE THAT THE CASE MANAGEMENT PROCESS BECOMES STABILIZED IN TERMS OF TIMEFRAME AND QUALITY CONTROL." One and one-third pages of elaboration and response follow. Important is the reality that deficiencies identified in operational reviews of 1981 and 1982 have not been fully resolved. A pre-audit requested by the institution in January 1983 reported, " ... documented further deterioration since the 1982 audit in compliance to the **Case Management Manual** ...".

Observation #14 is brief, "THERE IS LITTLE CONTACT OF SHOP INSTRUCTORS BY CASE MANAGEMENT STAFF." (Emphasis by Study Team)

The response describes the total dilemma faced by case management officers. On the one hand the expectation that CMOs will be mobile in the institution for the purpose of gathering information about their caseload and on the other hand the incessant demands for reports. Within the institutions, in addition to interviewing inmates, the CMOs, in their information-gathering and in their information-giving roles, need to be just as mobile as their inmate-caseload. Excessive reporting reduces the mobility and the effectiveness of

gathering and distributing dynamic information.

In several of the seven cases of suicide, communication breakdowns seem to have occurred. From conversation with several CMOs, it appears that the combination of instructions in the **Case Management Manual** and constantly increasing caseloads are frustrating the original premises on which case management procedures were based.

**Recommendation:**

15. It is recommended that, the **Case Management Manual** be scrapped or drastically revised and the role of the Case Management Officer be redefined unless it is possible to substantially increase case management staff, so that a realistic relationship exists between the requirements of the Manual and the available qualified personnel, encouraging greater initiatives in dealing with troubled inmates.

**Case Management Staff - Interviews**

The CSC of today evolved from a gradual amalgamation of two earlier organizations, the Canadian Penitentiary Service and the National Parole Service. A de facto union preceded the formal unification. Provision was made for expanded responsibilities, such as post-sentence community reports, routine progress and performance reports, greatly expanded documentation and consultation.

Case management officers were to perform as they had done when they were called classification officers the role of collectors, interpreters and purveyors of information about the inmates on their caseload. Primary information sources would be the inmate himself, his file and those prison services with which the inmate was involved. The procedures were minutely detailed in

a massive document entitled the **Case Management Manual**. It was anticipated that each case management officer should have a caseload of about 35 inmates.

From its initial appearance, the **Case Management Manual** caused concern to staff of CSC and of voluntary agencies working in the field - the expectations of the Manual far exceeded the available resources. The quality of reports is unmentioned.

One experienced case management officer who has also worked in the mental health field, said in effect that pressure for reports leads one to ignore certain "cues" provided by an inmate. There is not time to pick-up on them and also to obtain information required for the report which is being prepared. That case management officer's caseload exceeded 60 cases; he conceived 35 cases as an appropriate caseload.

The same CMO stated that recently such a backload of induction interviews had developed that the Inmate Committee had complained. Now newcomers must be seen within 5 days just to say, "I'm your CMO, I'll see you in a few weeks," which he said may extend up to three months.

Another less experienced CMO with a caseload of similar size, reported having complained of insufficient time to see inmates, to circulate in the institution and to write reports. The advice received from a very senior National Headquarters offical was to "write reports", the quarterly reports are a No. 1 priority!

With respect to caseloads, there was some agreement among the case management officers interviewed that caseloads modestly in excess of 35 cases can be carried.

**Recommendation:**

16. It is recommended that the individual case management officer's caseload not exceed 40 inmates.

The crucial point is if interviews do not occur, or if they lack quality, then the written reports must be of either low quality or simply repetitive. Staff under pressure to conduct interviews or to write reports may well be unable to read, or be less receptive to analytical reading of the mass of incoming documentation accompanying a transfer convoy of 20 or more inmates.

In several of the suicide cases studied, problems have arisen of arrival or non-arrival of documentation, or the timing of document arrival or the question of whether documentation has been read and appreciated by the case management officer.

In the Team's view, the timely receipt, perusal and communication of significant documentation is of primary, sometimes vital, importance. The case management system places a heavy burden on case management officers - a burden which cannot be properly discharged when caseloads are running up to 70% above the proposed norm (40) and when there has been no modification of documentation expectations.

The Team is impressed with the congruence of the view expressed by the case management officers with the findings of Management Review groups with respect to problems in the case management area.

**Grievance Process**

An isolated example of the system's inability to fulfill the promise of its policy pronouncements was given by one case management officer with respect to the grievance process; responses to grievances are so slow as, in many situations, to be meaningless. This particular case management officer, in selected and urgent cases, suggests to the inmate that he write directly to the Warden outside the prescribed grievance process. Be the decision positive or negative from the inmate's perspective, the response time is much faster.

**Psychological Services**

The observations on psychological services imply a somewhat similar situation to case management services rooted in similar causes. The increase in the institutional population and transfers created a workload the psychological services could not meet.

Management Review Reports - Springhill Observation #10 on page 28: "THERE IS A NEED FOR MORE INVOLVEMENT OF THE PSYCHOLOGISTS IN THE LIVING UNITS AND THERAPEUTIC COMMUNITY." The discussion notes that in contrast to earlier practice, psychologists, " ... rarely attend range and (therapeutic) community meetings." The reason offered is that, " ... the demands on their time are greater now due to case preparation requirements as defined in the Case Management Manual".

Management Review Reports - Dorchester Observation #12 on page 28: "THERE IS NEED FOR PROGRAM DEFINITION FOR PSYCHOLOGY." The discussion indicates that an earlier backlog of induction testing has been eliminated. An absence of specific objectives and a clear program for psychology was noted.

There are two psychologists in the Dorchester establishment. For a period of some six months in 1981-82, one appointment was unfilled. At Springhill, the establishment calls for three psychologists. The need for the professional service of psychologists seems greater at Dorchester. In both Dorchester and Springhill Institutions, and particularly Dorchester, the "non-medical" case management load is heavy and at times in 1982-83 has been overwhelming.

The psychologists serve the institutions five days a week on the day shift. The role and responsibility of the psychologist in contributing to the prevention and management of suicidal crises, is of great importance. However, the Study Team judges that the common occurrence of suicides and

suicidal crises on weekends, and other times when staff is reduced, such as the "back shift", places the initial responsibility for health care upon the nurses who are the only health professionals on duty in the institution, and on the institutional physician and psychiatrist, or their alternates, who are on call at all times.

**Psychology and the Health Care Centre.** In civilian psychiatric hospitals and clinics, it is a common arrangement for a psychologist to have, as a primary responsibility, a place on the team caring for emotionally disturbed and mentally ill individuals, including clinical depressions, suicidal individuals, and cases of attempted suicide. The CSC could well look into the policy of allocating the responsibility to an individual psychologist for collaboration with the health care centre, i.e. the institutional physician, psychiatrist and nurse, in the case of disturbed and/or suicidal inmates. Such an arrangement would reduce the conflicting demands of "socialization", and of collaboration in medical and health care services.

**Recommendation:**

17. It is recommended that in each institution one psychologist be appointed to:

    (a) develop a close relationship with the health care centre, to serve as an active member, colleague and consultant of the medical psychiatric, nursing treatment team and with special reference to the problem of suicide;

    (b) develop a close liaison between the health care centre and the case management group including psychology; and

    (c) encourage psychiatrists and psychologists to develop increased collaboration in the treatment of inmates with emotional disturbances,

inmates who are psychiatrically ill, (including clinical depressions) and inmates who are potentially suicidal.

**Chaplaincy Services**

With every suicide, a Chaplain was involved either with the family after the death, or with the inmate before and the family after death occurred. Despite their direct involvement, the Chaplains were able to look beyond the immediate incident and sought assurance that the Team would not confine itself to a simple examination of individual cases.

Because of their activities in the free community, the Chaplains raised in a sophisticated way, the recurrent question asked by several people interviewed by the Team: To what extent is suicide increasing in free society? As a group, the Chaplains view prison as a condensation and concentration of the larger community. Collectively, they think they are experiencing an increased number of suicides in the community in which they live and work.

Chapel programs increasingly rely on volunteers from the community for support. The volunteer's physical presence and the personal relationships which develop between these volunteers and inmates are essential to the chapel programs: a positive program in relation to the welfare of the individual inmate.

At both Dorchester and Springhill the induction program involves a regular role for the Chaplaincy services.

During the discussion of suicide, one group of Chaplains raised an important issue. The Chaplains point out that when a suicide occurs in the community, the media handle the incident very discreetly. By contrast, when a suicide occurs in prison, once the name of the deceased is released, reference to files quickly produces not only reference to the suicide, but generally a recital of the individual's most sensational criminal escapades.

**Recommendation:**

**18.** It is recommended that the Regional Manager, Communications undertake a program which would lead to the media in the area down-playing suicide by an inmate and handling it in a humane fashion with the family in mind as is done for suicides in the community.

A further extension of that discussion disclosed another problem. Frequently, prison deaths, injuries or serious illnesses are announced giving information, such as the age of the victim, the name of the institution, the circumstances of the incident and concluding with the words, "The name of the inmate is being withheld pending notification of next-of-kin." Such announcements strike terror in the minds of people whose men approximate the publicized description. Families of all 21-year olds live in terror if the victim is a 21-year old.

**Recommendation:**

**19.** It is recommended that the announcement of suicides be withheld until the name of the deceased can be attached to the story along with the comment, " ... the family has been notified."

This recommendation is not intended to hide the incidents from public scrutiny. The objective is to protect families of other inmates from unnecessary and painful worry and wondering if it is their husband or son who has perished.

## CONVERSATIONS WITH STAFF

**Staff Union Member - Springhill**

One interview occurred with a member of this important group. The conversation provided consideration of the problems surrounding the seven sui-

cides from a somewhat different point of view. There was expressed:

1. A deep concern over the rise in suicides;
2. A willingness on the part of some staff to ignore prescribed procedures in an effort to prevent the success of a suicide attempt;
3. A concern about overcrowding, particularly during activities involving large groups of inmates. Surveillance of the larger group is more difficult;
4. Double-bunking makes in-cell surveillance more difficult;
5. Occasional tensions develop between some of the "mutual interest groups";
6. Overcrowding creates problems of inmate unemployment and use of some facilities beyond their proper capacity, e.g. visiting space, recreational facilities and library resources; and
7. Suicide Attempt Emergencies - the union representative stated that under emergency provisions, a correctional officer discovering an emergency may, in his discretion, open and enter the cell without back-up. One correctional officer did this in a case in Springhill. It is unclear whether the back-up resource, the second-in-charge of the prison, is in radio contact with Central Control. He was on the scene of this suicide within two minutes.

**Recommendation**

20. It is recommended that when potential back-up personnel are on patrol rather than at fixed posts, they be linked by radio, walkie-talkie, with Central Control to facilitate the earliest possible response to a suicide crisis.

**Cardiopulmonary Resuscitation**

Mouth to mouth artificial respiration, part of cardiopulmonary resuscitation, is an unpleasant experience after a suicide attempt by hanging. Use of the AMBU (puffer bag) apparatus is equally or more effective.

**Recommendation:**

21. It is recommended that arrangements be made at Springhill to ensure more immediate arrival of the nurse with the AMBU apparatus at a suicidal incident than exists at present.

Some staff have reservations about using mouth-to-mouth resuscitation because of a fear of contracting Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). This may well be related to the tendency to label many inmates as homosexual. However, considering the lack of knowledge about AIDS and the wide publicity it has received, such concerns are understandable and reinforce the need for very prompt use of the AMBU apparatus, instead of mouth-to-mouth cardiopulmonary resuscitation.

Although none of Springhill's suicides occurred in the living units or the therapeutic community, those general cell areas are not necessarily immune. It was in a living unit that one inmate made his suicide attempt (not one of the seven suicides). At Springhill the present path from the health care centre to the living units and the therapeutic community is in excess of 250 yards in a U-shaped route.

**Recommendation:**

22. It is recommended that consideration be given to improving access between the health care centre and the general cell area at Springhill.

There is a need for more staff training in cardiopulmonary resuscitation but:

(a) staff reductions preclude the release of personnel from regular duties to attend training courses; and

(b) there is a ban on payment of overtime to attend training sessions.

Even if half-hour patrols were instituted, it would be difficult to pick up hanging attempts in time to save lives.

**The "Back" (Night) Shift**

Discussion with the correctional officer of the back-shift manpower and the suicide crisis response pattern ensued. When the full staff of the back-shift are present, thirteen are deployed on duty.

The two patrol officers are the only back-up staff in the event that it is considered unwise for a single officer to enter a cell or abandon a post.

**Recommendation:**

**23.** It is recommended, in view of the foregoing, that at Springhill the "back" (night) shift personnel be increased by the addition of:

(a) an additional registered nurse or a paramedic to be assigned to the health care centre; and

(b) one additional correctional officer to be assigned to the reception area cells.

**Inter-Regional Transfers**

When institutions are overcrowded, all staff members are under extra pressure. Recourse to mass inter-regional transfers have created additional and alarming problems in the Atlantic Region. This is further compounded by intra-regional transfers.

Inter-regional transfers are the responsibility of National Headquarters which, in the mind of more than one senior officer, has little appreciation of the human problems for inmates and staff which such mass transfers, especially "scoop transfers", create in the receiving institutions. A preference has been expressed for the return of responsibility for the size and frequency of individual inter-regional transfer drafts to Regional Headquarters.

Inter-regional transfers are normally effected through chartered aircraft generally in groups of 20 to 30 inmates. This is about twice the size of intra-regional drafts. An attempt by one warden to have a ceiling placed on the size of inter-regional drafts, is said to have been rejected by National Headquarters because of the cost.

A widely believed story is that because chartered aircraft charge $75,000 for an aircraft rental, large convoys are inevitable. There is no documentation for this story. Another story was not documented, but was reported by a distinguished senior staff member. Even if inaccurate, it illustrates the feeling tone of the institutional staff. The transfer problem that is said to have occurred in early summer of 1983 was still unresolved in mid-October. An inter-regional draft of 15 to 20 inmates arrived in Atlantic Region. It is said that each inmate had in his possession a letter specifying that he was being transferred to either Warkworth or Joyceville Institution, both Ontario Region institutions.

It is the receiving institution which must bear the brunt of the pressure and the responsibility when an excessively large incoming draft arrives.

**Recommendation:**

**24.** It is recommended that:

(a) National Headquarters place limits on the size of an incoming draft

to a receiving institution in order to permit prompt, orderly absorption of such inmates and their documentation; and

(b) the frequency of such transfers also be carefully monitored so the human resources of the receiving institutions do not become over-extended and deficient.

25. It is recommended that Regional Headquarters have the right to veto the inter-regional transfer of unduly large drafts or the too frequent arrival of transfer groups to Dorchester or Springhill Institutions.

Within the Atlantic Region overall, overcrowding creates problems. After being cleared at Dorchester for Springhill, overcrowding in that institution may mean that a wait of up to 3 months in Dorchester will occur before transfer to Springhill is possible. The Warden of Dorchester, when he spoke with the Team on October 3, 1983, stated that of a Dorchester population of about 450, 150 were classified as Medium Security (S4), "but that there was nowhere for them to go."

**Inmate Employment and Pay**

In recent years, there has been a dramatic overhaul of the inmate employment practice and the accompanying pay scales. Under the earlier regime, virtually every inmate was able to be classified as working and would earn at the prescribed rate. Under the present scheme, an "establishment" (in the military sense) of inmate jobs is established. Inmates assigned to those jobs must not exceed the number allowed in the "establishment". Inmates who are willing to work but for whom there is no "establishment vacancy" available, can only draw pay at the lowest rate - in effect a prison equivalent to the dole. The "unemployed" inmate group at Springhill are locked in their cells in the mornings, but are let out for some program activity in the afternoon. - Details were not established. A senior officer at Dorchester is disturbed

over the lack of discipline and the lack of work. He views the establishment of the pulp-cutting project as a major achievement; pay is at standard civilian rates; inmates pay board, etc. Individual responsibility is being fostered for the fortunate inmate workers.

## Institutional Staff Perceptions

**Overload Backlog** - Many staff complained to the Team of overloads and resulting backlogs. It appears that situations which have already been referred to in the Management Reviews are still left uncorrected - probably a fair indicator of excessive workloads. The identified shortcomings have been all-pervasive and have affected most services provided directly to inmates, medical and psychiatric, as well as the case management and psychological services. The Study Team has received comments at first-hand.

Lengthy interviews with staff in Dorchester, Springhill and Westmorland occurred but not with every function in every institution. A composite picture is offered of various services. The influence upon the staff of awareness of the recent suicides in the Region and the function of this Study Team are recognized. Certain problems merit special mention.

**Classification and Overcrowding** - Staff performing various duties at varying levels of responsibility suggest that, to a limited degree, overcrowding has affected classification criteria. Springhill, a medium security institution, is now receiving inmates of a type which would have been considered candidates for a maximum security institution.

**Transfers and Overcrowding** - Interviews have been conducted in the three institutions (Dorchester, Springhill and Westmorland) with various categories of staff - not all categories in each institution - with inmates, and with representatives of the three Citizens Advisory Committees.

**Vulnerable Periods** - Research into suicides in criminal justice systems indicates that the most vulnerable period is that immediately following arrest and through the pre-trial period. In the post-conviction phase, with which the Study Team is concerned, most suicides occur during the early stages of incarceration. The assumption that intra-system transfers create a new situation to which the offender must adjust requires consideration. It is noteworthy that of the seven cases of suicide five inmates had been in the institution, where the suicide occurred, for less than four months. In the other two cases although suicide occurred after the inmates had been in the institution about two years, in both instances the deceased was facing a need to adjust to some anticipated shift in his relationship with either the inmate population or with the Correctional Service of Canada.

Some case management officers in Atlantic Region, who are well-accustomed to the "pen placement" model, say that they feel uncomfortable with the Region's new reception pattern. One consequence of the Regional Reception Model is that many inmates pass through two reception processes and, in the case of inmates convicted in Newfoundland and transferred to Dorchester, three reception processes.

**BUREAU OF MANAGEMENT CONSULTING REPORT, AUGUST, 1981 - DOCUMENTATION**

The Report of the Bureau of Management Consulting highlights a dilemma identified at a time when prison population pressures were less than they are today. It continues to exist in both intra-system transfers and for new arrivals from provincial systems; inmates arrive without documentation or with incomplete documentation. The first part of the Report, in a footnote on page 5, with respect to basic documentation states, **"Normally these documents arrive about a week to ten days after the arrival of the offender."**

The Team's observations indicate that today an institution may be responsible for the care of an inmate whose past history is unknown for several days or more: a dangerous and deplorable situation.

**Cut-Down Devices**

Bureau of Management Consulting Report - Dorchester Observation #40 on page 58: **Scale of Issue-Blunt Cutting Devices:** "CONSIDERATION SHOULD BE GIVEN TO DCS TO INCLUDE ON THE (NATIONAL) SCALE OF ISSUE THE CUTTING DEVICE USED BY DORCHESTER WHEN INMATE HANGING ATTEMPTS ARE DISCOVERED." (emphasis by Study Team)

As a result of an Inspector General's Inquiry in 1980, the use of "clock" knives or pocket knives on the range patrol were discontinued. An alternate rescue-device was not provided. The Dorchester Institution acquired locally, a blunt-cutting device similar to tin-snips for this purpose. It appears that as late as January 1983, the need for some replacement cutting device had not been addressed at a national level.

Consultation with a surgical instrument supply company is suggested with a view to improving this instrument.

**Recommendation:**

**26.** It is recommended that:

(a) the Dorchester blunt-ended cutting device, similar to tin-snips, be issued nation-wide so that one is immediately available to persons on surveillance patrol; and

(b) that research be undertaken to locate or develop a still more effective instrument for the severance of a ligature buried in a swollen neck and strangling the individual.

The potential of efficient cut-down equipment to save lives is well demonstrated by the unsuccessful suicide attempt by hanging of one inmate at Springhill Decisive, determined and unconventional efforts by staff and inmates effected entry to the cell just as the inmate stepped off the chair. Fortunately, the ligature broke, but had it held, the immediate availability of cut-down tools would have been essential. This particular case is not the subject of study by the Team, yet comment is appropriate.

This issue is important in two of three Springhill cases. In one case, the first two correctional officers on the scene are reported as expressing concern that the scissors locked in the key box were very dull. "It seemed like an eternity" before the instrument cut through the shoe lace.

## SUICIDE PREVENTION

In the opinion of the Study Team, the detection and care of the emotionally disturbed, (including the clinically depressed), potentially suicidal inmate should be the most important and achievable single objective in the program of the Correctional Service of Canada's Atlantic Institutions to prevent suicide. There are other secondary objectives which are considered elsewhere in this Report.

The existing mechanisms for identification of the suicidal inmate suffer from the following inadequacies:

1. a reliable mechanism for identification of inmates with psychiatric problems does not exist;
2. the staff's index of suspicion for suicide is low;

3. there are delays in transmitting information about a suicidal inmate from one CSC institution to another, from one department to another in the same institution and, from one part of the correctional system in Canada to another, e.g. jail to CSC institution.

**Suicide-Watch List - "Red Flag"**

A suicide-watch list was apparently started at Dorchester in the autumn of 1982. None of the seven cases of suicide appear on any list. The Dorchester rough draft of the Suicide Information Form is attached (Appendix IV).

At Springhill no advice has been received by the Study Team of a suicide-watch list in the period under consideration, January 1st to September 1st, 1983.

**"CONAID"**

The Dorchester Inmate Committee raised the issue of "CONAID". The cell row in a block is shut-off by a solid door at the end from the main range corridor. It is reported that in the event of a hanging, a heart attack or any crisis occurring after lock-up at night, it is difficult for the inmates to communicate with the correctional staff.

There are "panic buttons" only in B1 in Dorchester. The suggestion was that one inmate should be permitted to patrol the cell range corridor at night. The Team has been informed of the institutional difficulties with contraband encountered when such a plan was implemented in the Saskatchewan Penitentiary.

**Recommendation:**

27. It is recommended that an inmate self-help program, such as CONAID, be looked into by Dorchester Institution.

The prevention of suicide is the responsibility of the CSC system, as is the maintenance of the health and preservation of life of men and women in custody. In truth, the discharge of this responsibility belongs to each humane member of the entire staff of the institution, the visits and correspondence group, the individual who issues clothes, the instructors, the teachers, the custodial officers, et al. Case management with the psychologists has an "official" responsibility. The Study Team believes the health care centre staff including the psychologist, are specially involved and have a primary responsibility; the Chaplaincy Service has a special role.

In CSC institutions, the troubled inmate may tell of his fears and troubles to any staff member he thinks is interested and kindly disposed and who happens to be at the right place at the right time. Every member of the staff must report immediately to the health care centre any inmate with a severe emotional disturbance which is alarming, or arrange for the inmate to be taken to the health care centre through the responsible custodial officer. No apologies need be made for false alarms. Saving one life is worth many precautionary calls or visits, and the suicidal state is not a permanent state of affairs for the individual at risk.

The circumstances of patients on a psychiatric ward of a general hospital have lessons for the staff of a CSC institution. More than one patient has been helped greatly by the cleaning lady, the most junior member of the ward staff.

Any member of the CSC staff may be the key to helping the inmate with dangerous symptoms or the beginning of a suicidal crisis. The nature of the trouble may be obscure, but the need for help is usually quite clear as the

inmate confides in the staff member - a cry for help. The help of the health care centre and the professional team must be enlisted from the earliest possible moment, (nurse, physician, psychiatrist and psychologist). In turn, case management officers et al., will be involved.

The danger signs of suicide are carefully developed and put forward in "The Prevention of Suicide in Prison", Student's Handbook and Instructor's Manual, published by the Communications Branch for Medical and Health Care Services, CSC, Ottawa, 1981. This is an admirable document.

Two points are put forward. Of paramount importance is the need for all custodial and correctional staff to " ... want to help ... " The Correspondence and Visits Unit Staff at Dorchester is an ongoing admirable example of a humane and helping group who identify and report major upsetness and grief in the inmates following a telephone call or receipt of a letter. The second point is the need for strengthening of the psychiatric skills of the nursing staff to improve the immediate response to serious emotional disturbance, including clinical depression, or the "suicidal crisis" for they are the only professional front-line "troops" in the institution more than half of the time. This second point will be considered further in the section devoted to nursing.

A high index of concerned suspicion by the entire institutional staff is a pre-requisite for improved identification of seriously emotionally disturbed, potentially suicidal inmates.

**Recommendation:**

28. It is recommended that:

    (a) all institutional staff be regularly exposed to information about suicide in general and about suicide in prison in particular;

    (b) psychiatrists and psychologists on the staff conduct in-service

workshops; and

(c) outside speakers be invited to update the staff's knowledge and improve their skills in dealing with this phenomenon.

The high index of suspicion needed to detect suicidal individuals is not peculiar to prisons. However, the peculiar circumstances of the prison sub-culture must emphasize other concerns, such as escapes, manipulation of inmates by inmates, etc. It is therefore doubly important to raise the level of awareness of the staff by appropriate educational efforts. **Recognition by the staff that the suicidal impulse is often ambivalent and transitory, that suicidal individuals often give recognizable warnings about their intended act and similar other information will improve the staff's capacity for prompt identification.**

Appendix IV is "Behaviours to Observe in Potentially Suicidal Inmates" plus a "Rough Draft" only of "Suicide Information Form", with a covering letter, 16 June 1983, from the psychologist at Dorchester to the Chief of Psychological Services at National Headquarters, Ottawa. Quoting from the correspondence, "The information included in Annex ... has been circulated to A.W.'s for their personnel and it has become the A.W. Security's standing order on suicide" at Dorchester. "The task of identification scoring, - inclusion/exclusion has been thus far, assumed by psychologists."

Appendix V is a Springhill form with an item "Suicide" and a four-line space. These forms are at the time of this report thought to be obsolescent and to have been replaced by updated and improved forms.

One member of the Study Team (W.F. McCabe) made a time-consuming and most helpful effort (Appendix VI) to establish a valid comparison between the Burtch-Ericson Study and the criteria developed for the Suicide Watch used at Dorchester. **Comparison is difficult because of the differing criteria used in the two studies.** Comment is incorporated in Appendix VI.

**Prospective Multi-Disciplinary Multi-Centre Research Program**

Burtch and Ericson (Appendix III) concluded, "At the onset of our research, we hoped to establish typologies of suicide-prone inmates. Whereas we established that some of the variables examined were more strongly associated with suicidal inmates than others, we concluded that prisoner suicides are often unpredictable, reflecting an enigmatic and ubiquitous quality which is beyond the ken of behavioural science. We determined from our literature review that experts on prisoner suicide are far from agreement on the genesis of, or prevention strategies for, suicide among convicts"[1]. (Appendix III)

Burtch and Ericson further record that, " ... typification of suicidal inmates have thus not been clear cut and hold limited promise in foreseeing eventual suicides. The experts do agree, however, that few prisons have achieved success in detecting and reacting to clearly disturbed prisoners".

**The assumption is made that changes in the existing system of medical and health care services, of psychology and of case management are needed to contribute to prevention and early detection and care of suicidal inmates in both Dorchester and Springhill.**

**The Study Team believes only a prospective multi-disciplinary multi-centre research program will assist properly the CSC to prevent suicides. A substantial number of inmates must be documented effectively with proper medical, psychiatric, neurologic, psychologic and nursing observations; appropriate biochemical and EEG laboratory investigative support is needed; agreed upon definitions, e.g., "attempted" suicide, are indispensible. Epidemiologic and biostatistical planning is essential.**

1 Burtch, B.E. and Ericson, R.V., The Silent System: An Inquiry Into Prisoners who Suicide, Centre of Criminology, University of Toronto, Toronto, Ontario, 1979, page 77.

Such a study is a logical step following upon the admirable Burtch-Ericson study which was supported by the Department of the Solicitor General.

**Recommendation:**

**29.** It is recommended that a prospective long-term multi-disciplinary multi-centre research program with epidemiologic and biostatistical planning and involving psychiatry, psychology, neurology, medicine and nursing and with full laboratory back-up be undertaken with a view to the improved identification of potentially suicidal inmates and to improved prevention and treatment.

## MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES

"Preface

THE NATIONAL HEALTH SERVICES ADVISORY COMMITTEE RECOMMENDS THAT A HUMANE HEALTH SERVICE, INCLUDING MEDICAL, PSYCHIATRIC, DENTAL, NURSING AND ALLIED HEALTH SERVICES, BE PROVIDED BY PROVINCIALLY REGISTERED PROFESSIONALS IN GOOD STANDING TO SERVE PATIENT-INMATES IN CORRECTIONAL INSTITUTIONS. THIS SERVICE WILL CONTRIBUTE DIRECTLY AND INDIRECTLY TO THE EFFORTS OF INMATES TO REHABILITATE THEMSELVES.

THE SUCCESS OF THIS MAJOR REDEVELOPMENT OF MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES* IS CONTINGENT UPON RECRUITING BY THE DIRECTOR GENERAL OF FULLY EFFECTIVE PROFESSIONAL PERSONNEL."[1]

* By "Medical and Health Care Services" is meant medicine (including psychiatry), dentistry, nursing and allied health services.

1 Extracted from the First Report of the National Health Services Advisory Committee to the Commissioner of the Canadian Penitentiary Service, 1974.

The health care centres in Dorchester and Springhill Institutions are staffed by registered nurses each day and night. A general physician conducts a sick [illegible] the health care centre four mornings (1/2 days) a week; a psy[illegible]st, with his base in the health care centre of Dorchester, is employed by the Correctional Service of Canada two half-days a week.

At Springhill, the general physician conducts sick parades four half-days a week, the psychiatrist is employed three half-days a week and his base is separate from the health care centre - in the case management area. These physicians are on call for emergencies or they ensure immediately available alternates.

The psychology unit operates under the responsiblity of the Assistant Warden, Socialization, and is staffed by two psychologists at Dorchester and three at Springhill. Westmorland has one psychologist.

The only immediate constantly available resource for the care of the inmate who is seriously emotionally disturbed or suspected of being suicidal, is the health care centre, which is staffed by professionals - registered nurses - around the clock. Care can be provided immediately by the registered nurse on duty backed by the orders of the institutional physician by phone, by telephonic consultation with the psychiatrist and/or by the immediate attendance of the physician or psychiatrist; these are the procedures used by day and at night in the care of the seriously emotionally disturbed or suicidal individual in civilian hospitals.

**Role and Responsibilities of Medical and Allied Health Care Professionals**

At this point, it is necessary to diverge temporarily and outline the role and responsibilities of the institutional physician, the Medical Director of the health care centre, and the psychiatrist. The Medical Director of the prison has the responsibility to the Warden and to the Regional Manager, Health Care Services, for the maintenance of health of the inmates in that institution, for the quality of the medical and health care services and for proper professional ("functional") operation of the health care centre. The

Team is satisfied that the role and professional responsibility of the Medical Director - institutional physician - must be the same whether he is a full-time public servant or a public servant "on contract". In his specialized role, the psychiatrist serves as a consultant to the institutional physician. Inmates are seen in consultation, at the request of the institutional physician; in fact inmates are also referred to the psychiatrist by the Warden and the psychologists. There is variation in the system from institution to institution. Patients continue treatment in the psychiatric clinic and patients are admitted to the health care centre under the care of the psychiatrist; he becomes responsible for their professional ("functional") care, health and welfare, relating to the institutional physician as the Medical Director of the Health Care Centre.

**Recommendation:**

30. It is recommended that the professional (functional) responsibility and authority of the part-time (contract) physician and the part-time (contract) psychiatrist be emphasized in all matters concerning the care of patients by the CSC.

31. It is recommended that all professional staff serving patients in the health care centre be registered in the province in which the institution where they are employed is situated. This applies to doctors, dentists, nurses, psychologists and allied health professionals.

The psychologist, as an allied health professional, collaborates as an associate and colleague with the responsible institutional physician and/or psychiatrist in treating and caring for the patient-inmate. The psychologist should meet the professional qualifications required by the provincial association to qualify as a clinical psychologist conducting therapy.

The role and responsibilities of the psychologist in medical and health care services must be differentiated from those in the areas of case management, under the Assistant Warden, Socialization: the treatment of character disorders and personality disorders and rehabilitative treatment designed to correct the individual's criminal way of life. The terms "clinical" and "treatment" are used here only in the sense of medical and health care services.

## PSYCHIATRY

### Admission Psychiatric Screening Examination

The prison population contains a high percentage of inmates with serious psychopathology, both emotional and mental; a routine screening procedure is definitely needed on admission. The examination of the mental and emotional status of an inmate is no less important than physical examination. This screening examination should be conducted in CSC institutions by general physicians or nurses with psychiatric training and may be facilitated by questionnaires administered by nurses, doctors and other staff.

**Recommendation:**

32. It is recommended that every new inmate should have a brief psychiatric work-up on admission to identify possible psychiatric problems, including any suicidal tendencies, by the nurse and by the institutional physician.

The nursing staff obtains a general medical history and carries out a limited physical examination of the inmate within 24 hours of admission, using Form CSC 416 (5/80) (Appendix VII).

Question #24 should be amended to read: "Have you had any prolonged illnesses?"

The nursing staff should, in addition to the questionnaire answered by the inmate on the medical history Form CSC 416, ask with considerateness and care additional questions whether or not the inmate has answered in the affirmative to questions 1-2-18-20-26.

Burtch and Ericson recorded a substantially higher positive answer to these questions in the 96 cases of suicide than in the general prison population.

**Recommendation:**

33. It is recommended that four additional questions be added to Form CSC 416 to be asked with considerateness and care by the nurse:

    1. Have you ever been admitted to (a) a psychiatric hospital; (b) to the psychiatric ward of a general hospital?
    2. Have you ever had a (clinical) depression that lasted for more than one week?
    3. Have you ever been so depressed that you have had suicidal thoughts or attempted suicide?
    4. Have you ever been a patient in a psychiatric clinic, or a psychiatrist's private patient?

In the final paragraph of the history form CSC 416 (5/80), the nurse should record any suspicion of severe emotional disturbance or of suicidal risk. She/he must report to the institutional physician on call, immediately, seeking guidance and with the support of the physician advise custody, psychology, case management and the chaplaincy service, that "close observation" is required.

**Recommendation:**

**34.** It is recommended that a system of formally alerting the entire staff to the possibility of suicide by an emotionally disturbed inmate be adopted: "close observation".

**Close Observation**

Description and discussion of a formal system of "close observation" for the emotionally disturbed including the clinically depressed inmate follow. As recommended here, it will lead to over-identification. Given the acknowledged fact of manipulation by the inmates, there will be "false positives". However, over-diagnosis is the only reliable means of limiting catastrophic events of low base frequency rates and has to be accepted as a legitimate price of improved identification of potential suicides. This is the rationale for the recommendation of a formal system; staff at all levels should be able to "trigger" the procedure leading to close observation by reporting the inmate with observed serious mental or emotional disturbance or suspected suicidal behaviour to the health care centre or taking the inmate to the health care centre, through the responsible senior custodial officer.

The assumption is made that it is not possible to observe a suicidal patient effectively while he is in his regular cell. In addition to the constraints of the structure of the range and the frequency (or infrequency) of observation, the security staff's knowledge of the inmate's problem is likely to be limited and their orientation makes it difficult for them to think of suicide as a potential danger.

There is also the underlying assumption that the purpose of suicidal precautions is not only observation of the inmate, but procedures designed to make the inmate non-suicidal.

Finally, there is the assumption that suicidal inmates should not be treated differently than suicidal citizens in general; they should be observed and treated in a hospital setting.

**Recommendation**

35. It is recommended that:

    (a) all categories of staff who have personal contact with the inmate, i.e., security, case management officers, psychologists, psychiatrists, physicians, nurses, et al., be able to initiate the "close observation" process by filling in a "close observation card" on an inmate who is perceived to be **significantly** suicidal; and

    (b) The card should indicate the reasons for the judgment that the individual inmate is a suicidal risk.

36. It is recommended that once a "close observation card" is issued, the inmate should be immediately reported to the health care centre or should be taken to the health care centre, through the senior custodial officer on duty, and a decision reached whether or not "close observation" should be implemented by the institutional physician advised by the psychiatrist, or the proposed consulting psychologist to the health care centre.

Actual implementation of the "close observation" would depend on the severity of the inmate's problem. It could require the immediate decision of the nurse on duty with the telephonic back-up of the institutional physician and/or the psychiatrist, according to "standing medical orders" in force in the individual institution. The inmate might be transferred at once to a "quiet" cell in the health care centre and come under close, perhaps

electronic, surveillance. In the less urgent situations, "close observation" would be decided upon by the institutional physician advised as necessary by the team of psychiatrist, psychologist and nurse, within 48 hours.

**Recommendation:**

37. It is recommended that:

(a) within 48 hours of "close observation" the inmate's case should be reviewed by the medical/psychiatric team, presided over by the institutional physician, and consisting of the consulting psychiatrist, the psychologist, and the nurse;

(b) if the Team decides that the suicidal risk is substantial, the inmate, if he is not already at the health care centre, should be transferred to the hospital section of the health care centre under the overall responsibility of the institutional physician and under the direct care of the consultant psychiatrist. Westmorland inmates should be admitted to Dorchester health care centre;

(c) while at the health care centre the patient/inmate should be the subject of a program of medical and nursing care similar to that provided for such patients in civilian psychiatric hospitals; and

(d) this program should remain in effect until the medical/psychiatric team presided over by the institutional physician and advised by the psychiatrist, makes a judgment that the inmate/patient is no longer suicidal and can be taken off "close observation".

The preceding recommendation, No. 37, places the responsibility on the institutional physician, working with the psychiatric team of psychiatrist, nurse, psychologist, et al., for the major onus of decision making. This is logical since the psychiatrist has major expertise in the detection and

treatment of suicidal individuals.

Under the proposed recommendations, Nos. 35, 36 and 37, the rationale is that it is more acceptable to identify a non-suicidal inmate as suicidal than vice versa. The assumption underlying over-diagnosis has been noted on a previous page. Social policy requires this approach.

Just as the decision by the institutional physician and the psychiatrist to place an inmate on "close observation" is a careful exercise of protective professional responsibility, so must be the removal from the category of "close observation". Institutional staff who alone make decisions respecting transfer of inmates to lower security prisons, and temporary absence must be able, with confidence, to accept the decision of the professional team. Careful communication and a significant educational program in this area will be essential by the professional medical and health care team.

The institutional staff make decisions resulting in amelioration of the prison experience; the efforts of the institutional staff also make a significant contribution to National Parole Board decisions respecting temporary absence (in some cases), day parole and full parole. These are additional and important reasons requiring most careful communication between the health care centre and the institutional staff.

This program will increase the workload of the health team substantially.

Both detection and treatment of serious emotional disturbance depend on establishing a rapport or a **relationship of trust** with an individual. In practical terms, it means time spent by a professional in direct contact with the inmate.

Anything that reduces this time increases the danger that the inmate's emotional disturbance, including his suicidal tendencies, will go undetected and untreated. Among the factors which have operated to reduce the contact time of the staff with the inmates are the following:

1. shortage of staff, in terms of optimal numbers;
2. overcrowding leading to greater caseloads for the existing staff, an increase in the number of transfers, increase in documentation requirements requiring an increase in the clinical staff's non-clinical duties have been identified; and
3. increased emphasis on the management functions of the health care centre clinical staff, such as the Assistant Warden (Health Care Services) serving as the representative of the Warden: this is specially undesirable because it distorts the inmate's understanding of the professional, caring duties of the nurse.

It is important that such encroachments on clinical contact time be recognized as impediments to the understanding of the inmate's problems. When they are unavoidable, efforts should be made to compensate for them.

With the objective of undertaking the increased workload, presently in deficit, the following changes are needed in staffing, programs and procedures. They are designed to maximize the amount of direct contact time between clinical staff and inmates. Dorchester and Springhill Institutions are each considered.

**Recommendation:**

38. It is recommended that:

(a) psychiatric coverage to Dorchester Institution be augmented by increasing the time of the psychiatric consultant so he/she is in the institution at least five half-days a week and he, or an alternate be on call for emergencies at all times; at Springhill, the psychiatrist presently serving three half days a week should serve five half-days a week and he, or an alternate, be on call for emergencies at all times;

(b) a psychiatric unit of 10 to 15 beds be established in the hospital section of Dorchester to house and treat inmates with suicidal tendencies and other "manageable" psychiatric disturbances;

(c) at Springhill, two psychiatric beds in the health care centre, permitting proper surveillance, possibly electronic, be established to treat acutely suicidal or mentally and emotionally disturbed patient-inmates pending their transfer to Dorchester psychiatric ward or to a provincial hospital;

(d) the nursing station of the psychiatric ward at Dorchester be on the same side as the hospital cells, so as to provide ongoing observation of patients through contact with the nursing staff;

(e) a security officer be on duty in the hospital section of Springhill at all times in order to ensure speedy entry into all hospital cells. Alternatively, consideration should be given to providing the nursing staff with the key to the hospital cells with appropriate safeguards against its loss or capture by the inmates;

(f) all nurses entering the Correctional Service of Canada be required to undergo a period of indoctrination, consisting largely of psychiatric training, for a period of not less than 8 to 12 weeks. Part of this period should be spent in the forensic unit of a psychiatric hospital, e.g. Nova Scotia Hospital, Pinel Institute or Clark Institute; and

(g) establishment, as a licensed provincial psychiatric hospital, of the 10-15 bed psychiatric unit proposed for Dorchester is essential. Otherwise, psychotic patient-inmates, e.g. a suicidal schizophrenic patient cannot be "committed" and required to take essential medication. A CSC institution is not a provincial mental hospital governed by the Provincial Mental Health Act and inmates are not "committed".

The proposed 10 to 15 psychiatric beds in Dochester and 2 in Springhill can take care of only a limited number of disturbed inmates - the inmates which the psychiatric meeting, (CSC Atlantic Region Medical/Psychiatric Staff) called **"manageable psychiatric cases"**. The existence of these beds should not blind the staff to the emotional disturbances of other inmates who remain in the general population. Moreover, there will still be a need to transfer inmates to provincial institutions and to the Regional Psychiatric Centres for intensive and/or specialized treatment.

The Team strongly supports the recommendation of the "psychiatric meeting" (CSC Atlantic Region, Medical/Psychiatric Staff) that arrangements to have easy and assured access to provincial hospital beds be entered into as soon as possible. This arrangement will respond to the needs of the acutely psychotic and suicidal patient-inmates who cannot be managed within the institutions' health care centres, even with the recommended health care centre psychiatric hospital beds in Dorchester, and 2 special observation beds in Springhill health care centre.

**Psychiatric Services - Dorchester**

Agreement exists among the psychiatrist, Inmate Committee, nursing staff and psychologist, that the two half-day sessions per week the psychiatrist serves in Dorchester are seriously inadequate, in spite of the fact that the psychiatrist works extra long sessions on many occasions. The psychiatrist is overloaded and has little time to talk with patient-inmates.

The nurses working with the psychiatrist have a stong feeling of frustration in that they do not believe that they have the opportunity of doing their best for the psychiatrically ill patient-inmate. **Also, the belief is held by a number of nurses that they lack proper training in psychiatry.** Their feelings of frustration and inadequacy have been reinforced by the suicides.

With a view to upgrading psychiatric services to patient-inmates and providing expert front-line care for patient-inmates with danger signs of suicide or in suicidal crisis.

**Recommendation:**

**39.** It is recommended that as rapidly as possible a sufficient number of interested nurses be sent on appropriate courses or receive "on-the-job" hospital training in psychiatry in a university or provincial hospital with emphasis on penological and forensic psychiatry.

The present Dorchester psychiatric clinic's half-day session may include twenty or more patient-inmates. Such a situation creates a lack of confidence in psychiatry and any psychiatrist involved.

**Overload of Psychiatric Services: Dorchester**

The following Table II illustrates especially the number of inmates admitted from Dorchester or Springhill Institutions to the health care centre of the respective institution, to Regional Psychiatric Centres or outside psychiatric hospitals. In 1982, Dorchester health care centre admitted fifteen patients in the period January 1, 1982 to September 1, 1982 and thirty in the comparable 1983 period. The Team believes that these numbers help to demonstrate the inescapable "overload" on the health care centre's psychiatric service of Dorchester. The comparable numbers for Springhill were one in the 1982 period and five in the 1983 period.

TABLE II

ADMISSIONS TO HEALTH CARE CENTRE FOR PSYCHIATRIC REASONS

| | PATIENTS ADMITTED FROM: | | | |
|---|---|---|---|---|
| | JAN. 1/82 - SEPT. 1/82 | | JAN 1./83 - SEPT. 1/83 | |
| | DORCHESTER | SPRINGHILL | DORCHESTER | SPRINGHILL |
| TO: | | | | |
| Ontario Treatment Centre | 2 | 3 | 4 | 1 |
| RPC Pacific | 1 | - | - | - |
| Outside Psychiatric Hospital | 1 | 3 | 2 | 1 |
| Dorchester Health Care Centre or Springhill Health Care Centre | 15* | 1* | 30* | 5* |

Prepared by Medical Services Branch, September 1983.

* These are admissions to the health care centre from the general population of Dorchester and Springhill Institutions.

With a nurse who has undergone psychiatric training on duty in the health care centre 24 hours a day backed by a team consisting of the institutional physician and psychiatrist on duty in the health care centre five half-days a week and available on an emergency basis, with the professional services of the psychologist available five days a week, with a paramedic or second nurse on the "back-shift", the Team believes:

1. the health care centre psychiatric service should regain the confidence of institutional staff and inmates, of psychiatrists, psychologists and nurses; and
2. this system, once established in the health care centre, would help minimize the number of suicides.

The following basic concept is repeated: **Any inmate who is observed by the custodial staff, or any other staff member, of being severely mentally and/or emotionally upset or of being suicidal, should be reported at once, through the senior custodial officer, to the health care centre or brought to the health care centre** (refer to Recommendation #3).

**Regional Psychiatric Unit: Dorchester**

The Team believes that separate, isolated, in-prison, specialized treatment services, unaffiliated with a faculty of medicine, large metropolitan hospital, or a teaching hospital commonly deteriorate surprisingly rapidly in the quality of patient care. The Study Team believes that regular visits from university hospital consultants, or the staff of university affiliated hospitals is of conspicuous importance. With professional (functional) back up from "outside" university and university affiliated consultants, there should be an increased likelihood of introducing promptly the ongoing advances in

laboratory support and psychopharmacologic measures presently utilized for psychotics, and for the emotionally ill including depressions. This is an age of rapidly advancing biological psychiatry.

As previously mentioned (page 66), the Team strongly supports the recommendation of the "psychiatric meeting" (CSC Atlantic Region, Medical/Psychiatric Staff) that arrangements to have easy and assured access to provincial hospital beds be entered into as soon as possible. The Team believes this is in the best interests of patient-inmates and in the best financial interests of both the CSC and the provincial psychiatric hospitals in the Atlantic Region.

**Recommendation:**

**40.** It is recommended that an agreement between the CSC and the provincial psychiatric hospitals be developed providing for prompt transfer and the psychiatric care needed by CSC patient-inmates who are acutely psychotic or who require a special program.

**Psychiatric Services - Springhill**

This medium security institution impressed the Team. Pedophiles and rapists are in the general population rather than being held in protective

segregation. The prison seems "open" and the prevalence of inmate stabbings and inmate murders is reported to be low.

**Psychiatry-Psychology - Health Care Centre - Therapeutic Community - Springhill**

Under the leadership of the psychiatrist, a team has developed, including three Correctional Service of Canada psychologists and one research psychologist supported by a provincial grant. The close co-operative effort also includes the LUOs and LUDOs (Living Unit Officers and Living Unit Development Officers) and custodial staff. The psychiatrist believes that the case management group, and the health care centre nurses are involved. Recently, a generally laudatory report followed a visit by Maxwell Jones to review the Therapeutic Community.

At Springhill the office headquarters of the psychiatric service and the psychiatrist is not in the health care centre and this he regrets; he judges this had to be the case.

The psychiatrist receives requests for consultation and advice from the institutional physician and from the nursing staff on behalf of the institutional physician, e.g. from the nurse on duty by telephone one evening recently due to the presence of an emotionally disturbed inmate in reception. As the Team understands it, disturbed or "depressed" inmates identified by correctional staff or any staff member are referred, in keeping with the wishes of the psychiatrist, first to the psychologist, who decides if a psychiatric consultation is needed and if needed, makes the necessary arrangements. Both psychologist and psychiatrist at Springhill assured the Team of mutually close, personal co-operation, of regular joint review of the case list and of ongoing establishment of priorities.

Notwithstanding, for better general total medical/psychiatric care of the patient-inmates, by night as well as by day and on holidays and weekends, the Team believes the psychiatrist is needed in the health care centre; it should be his headquarters for his care of patient-inmates, for continuing education, which consultants such as the psychiatrist provide for the general physician and for the ongoing psychiatric education of the nurses. Such an arrangement would be a unifying and upgrading force in Springhill medical and health care services. The Team believes it would improve the care of the emotionally disturbed patient-inmate who is potentially suicidal.

**Recommendation:**

**41.** To optimize the health care of inmates by institutional health care centres and psychology departments, it is recommended that:

(a) at Springhill, the headquarters for psychiatry for the care of patients, including potential suicide cases, be relocated in the health care centre at the earliest reasonable time;

(b) in all institutions, institutional psychology departments and health care centres be located adjacent to each other whenever feasible; and

(c) institutional physicians, nurses, psychiatrists and psychologists be encouraged to collaborate in the development of treatment programs for inmates manifesting behavioural/psychological problems, and psychiatrically ill (including clinical depression) patient-inmates.

**Health Care Centre and Assistant Warden, Health Care Services (Springhill)**

The Team believes that the inclusion of the headquarters of the psychiatrist in the health care centre,

would add substantially to the overall quality of the medical and health care services for patient-inmates. The Team is convinced that close ongoing co-operation between institutional physician, psychiatrist, nurses and psychologists is essential.

Having the headquarters for psychiatric services in the health care centre would contribute greatly to the turn-around. In the event that this turn-around cannot be achieved, further reorganization is inescapable.

## GENERAL MEDICINE AND NURSING CARE

### Dorchester Health Care Centre

Unusual and undersirable administrative arrangements were encountered in the system of providing general medical and health care services.

1. The Regional Manager, Health Care Services was also the responsible Institutional Physician, serving one or two half-days a week at Dorchester and Westmorland. He is a full-time public servant; he is responsible for the Dorchester health care centre. The maintenance of the health of the inmate population in all Atlantic Institutions is also his responsibility: Springhill, Dorchester and Westmorland.

2. A second general physician at Dorchester serves four half-days a week. There has been no communication between this physician and the Warden. The associate physician was described by the Assistant Warden, Health Care Services (AW HCS) as our "contract" doctor. The main load of clinical work was discharged by the second part-time (contract) physician.

**Inmate Committee - Dorchester:** No complaint regarding general medical care was heard from the Inmate Committee at Dorchester.

**Medication concerns by the Inmate Committee:** The Inmate Committee raised three allegations about medication:

1. "Medications were substituted without the doctor's orders." This could appear to be the case if the company supplying a drug was changed. The colour of the capsule or solution containing the same medication might well be different.
2. "The nursing staff changes patient-inmates' medication without the doctor's orders." The Team assured the Inmate Committee that it was extremely unlikely for this to be done and escape the checks on prescribing and administering medications. In addition, such conduct has been grounds for the discharge of a registered nurse elsewhere in the CSC.
3. "Inmates are prescribed medication that is not used for the public." This allegation was referring to experimental drugs. A strong denial of such practice was made by the Team representative.

**Recommendation:**

**42.** It is recommended that the Warden of Dorchester provide repeated reassurance to the Inmate Committee concerning their anxieties over prescribed medications.

The Team discussed these problems with a nurse and a pharmacist from CSC National Headquarters who were reviewing the preparation and distribution of medication during the week of October 17, 1983. No indications of irregular practices were turned up.

**The Inmate Committee** had no definite judgments about the cause of the suicides save - "there are lots of depressed guys". They expressed a lack of confidence in the psychiatric services.

**Nursing Services - Dorchester:** The clear impression was received by the Team that the nursing staff felt overworked without time to do their jobs well and to their satisfaction. Frustration was a major theme.

Unfortunately, the day allocated to attend sick parade had been "declared a holiday", so sick parade had been cancelled.

Difficulties in communication between the nursing staff and the inmates were recorded by the Inmate Committee. This difficulty, even if exaggerated, is of importance. It is reinforced by the meeting with the Citizens Advisory Committee. The attendance at the general clinic sick parade, conducted by the nursing staff, from January 1st to September 1st, 1983, averaged 3,806 monthly. Recognizing that not a few inmates, probably in the order of 30%, attend sick parade for secondary gains, the opportunity for communication was still substantial. It is recognized too that depressed patients rarely attend sick parade of their own volition. The impression was of a well-motivated group of nurses.

Of the eleven nurses, all are currently registered: nine in New Brunswick, one in Ontario and one in Quebec. The AWHCS is registered in Nova

Scotia. In the unfortunate event of a problem arising, such as professional misconduct or negligence, it is highly desirable in order to facilitate proper and prompt solution of the problem that nurses should be registered in the province in which they are practicing. It is advantageous to the nurse, the CSC and the patients. The same principles apply to doctors and dentists.

**Springhill Health Care Centre**

**Three Suicides:** The integrated, co-operative effort - psychiatric-psychologic - which appears to be proceeding so well at Springhill is admirable. With all this co-operative effort, Springhill, a medium security institution, has had three suicides, none of whom were on a suicide-watch list.

The principles of organization of the health care centre, general medicine and psychiatry, with a view to the prevention of suicides put forward regarding Dorchester, are relevant to Springhill. Reference is repeated to the unique value of 24-hour nursing service; the need for a "paramedic", a registered nursing assistant or a second nurse on the "back shift" in the health care centre; reporting to the health care centre or bringing to the health care centre any inmate, through the senior custodial officer, that any correctional staff member or any institutional staff member believes is showing signs of abnormal mental or emotional upset or who is suspected of being suicidal; the improved and increased psychiatric education of nurses; the immediately available back-up of nurses by institutional physicians and psychiatrists or their alternates by telephone and/or in person; an adequate number of psychiatric and general medicine physician half-day sessions in the institution; the centralization of medical and psychiatric services with their base in the health care centre; the close collaboration, as consultant and colleague of the psychologist with the health care centre staff.

**General Medicine:** The institutional physician, who is in fact the medical director, ordered the equipment for the health care centre before the institution opened. He is a "contract" physician

**Nursing Services - Springhill:** The institutional physician

One observation, made with him, was that the resuscitation equipment, the AMBU apparatus for pulmonary ventilation, was not centralized and assembled and immediately available in the health care centre.

The impact of suicides and problems associated with resuscitation are common to Dorchester and Springhill and will be considered under "Suicides".

One nurse found the nursing service to Springhill damaging to professional skills and the capacity to "care for" patients. The adversarial situation encountered with a significant number of inmates was thought to be responsible: "What! A f..... aspirin for a f..... headache!" A stronger medication was being sought!! Problems were encountered from double bunking, e.g. "can't pee".

**Full-Time Nurse: Education**

The problem of the full-time nurse is similar to that of full-time physicians who have served five days a week, from 0800 hours to 1600 hours, for considerable periods. From the writer's observations elsewhere, this is a professionally and personally damaging experience for physicians. The probability is very high that this holds for nurses. The Team believes it does. In institutions relatively remote from cities, e.g. Springhill and even

Dorchester, nurses often drive many kilometers daily to and from work. Additionally, many look after their family morning and night; in fact, doing two jobs plus long daily drives.

**Recommendation:**

43. To preserve the full capacity of nurses as caring professional staff: (i) to cope well with the unremitting mental and emotional pressures and stress of working in maximum and medium security institutions; (ii) to avoid excessive turnover of experienced nurses; (iii) to provide the best possible patient care and immediate and effective management of potential cases of suicide,

    it is recommended that nurses be granted, as a condition of employment, leave with full pay from maximum and medium security institutions for:

    (a) purposes of continuing medical and psychiatric education annually for a minimum consecutive period of ten working days in addition to the existing statutory five days provided; this should not be cumulative; and

    (b) a system of required sabbatical leave, at five year intervals, for the intellectual and emotional "recharging" of the caring nurse on the scale of ten working days per year, maximum 50 days; 50 working days at the end of the first five years at 50% full pay; 50 days at 75% of pay at the end of the second five years; 50 working days at the end of the third five years at full pay. To serve its designed purpose, sabbatical leave must not be cumulative and must be taken when due.

The AWHCS submitted and the Team believes it is important that nurses should not be obliged to work overtime to fill in for nurses on holidays. Equally, time away for continuing education or sabbatical leave should not

require overtime from the remaining staff. The Study Team believes that the ongoing capacity of nurses to care for patient-inmates requires additional measures of support.

**Recommendation:**

44. It is recommended that nurses not do overtime to compensate for holidays, continuing education or sabbatical leave of other members of the health care centre nursing staff.

## SUICIDE BY HANGING

Suicide by "hanging" in a cell is quite dissimilar to the one-time legal execution by hanging in England and where autopsies were done. Execution by hanging resulted in fracture - dislocation of the neck, destruction of the spinal cord and damage of the lowest and vital portion of the brain; death followed almost immediately. "Hanging" in a cell is death by asphyxia unless cardiac arrest occurs first. The maximum survival period, modified by factors such as age and body temperature, with complete interruption of pulmonary ventilation is approximately 5 to 6 minutes; with incomplete interruption of respiratory exchange, the individual might survive for 10 to 15 minutes. With these time factors, **early detection is of truly vital importance.**

**Reception and Admitting**

The early stages of incarceration in a new institution are a time of special risk. Reception is an area of special suicidal danger. The Team believes that the opinion of the experienced, humane correctional officer in the admitting area indicating that a new inmate is excessively frightened, upset or depressed would be a helpful alert to the health care centre staff, the psychologist and the custodial staff generally.

It has been noted that on August 24, 1983, three inmates in Springhill reception area merited "close observation" and the Team believes should have been reported to the health care centre.

The Team talked with an inmate (a member of an Inmate Committee); a young, first admission, who alleged that he was so frightened in reception that he slashed his wrists and would have committed suicide if he had really known how. Nobody had a kind word for him, he said. In fact, he indicated the opposite was the case.

**Recommendation:**

**45.** It is recommended that the Reception Area requires the supervision, care and direction of a senior correctional officer and that there be an increase of staff in the person of a second correctional officer during weekends, holidays and the "back-shift". (See also Recommendations 6, 7, and 8.)

## THE SEVEN SUICIDES

## CAUSE OF DEATH

In the judgment of the Team, each of the seven individuals was dead when the cell was entered. Notwithstanding, valuable lessons are to be learned from the close medical study of these cases.

**Post Mortem Examinations**

Each case of suicide has to be reported to the Coroner. In New Brunswick and Nova Scotia, the coroner has discretion and may or may not order an autopsy. In New Brunswick an autopsy was performed in all four cases. The report of the autopsy should be incorporated into the inmate's file and called to the attention of the institutional physician, the Warden and the Regional Manager, Health Care Services; it should form part of the Internal Security Inquiry.

**Recommendation:**

**46.** In the event the Coroner releases the body without a post-mortem examination, it is recommended that the CSC take whatever steps are necessary and arrange for a post-mortem examination to be carried out at the nearest general hospital with a pathologist and a Department of Pathology.

**Case 1** The pathologist giving evidence at the inquest stated on page 34 in part, " ... the evidence for hanging, although consistent, is minimal ..." On page 32, " ... this man was actually having an ongoing myocardial infarction ... significant cause of this man's death ... the autopsy findings explain his death, simply on a basis of a heart attack ..." The cause of death established by the jurors - "Death due to strangulation by means of a sheet around his neck attached to a bar of the cell and complicated by an apparent

heart seizure."

The Team believes Case 1 died of the heart attack in the hospital area making even the prompt efficient resuscitation ineffective.

**Case 2** The autopsy report recorded, "Death due to asphyxia due to strangulation."

**Case 3** An autopsy was done and the reported record showed no evidence, in the opinion of the Team, to support the rumours of murder which circulated in Dorchester after the inmate's death. The cause of death was listed as "asphyxia as a result of hanging". The Coroner's Declaration - suicide (strangulation - asphyxia, self inflicted).

**Case 4** No Coroner's Declaration of the cause of death or Autopsy Report is available.

**Case 5** The Coroner's Declaration stated "asphyxiation as cause of death: suicide".

**Case 6** No Coroner's Declaration of the cause of death has become available.

It has been established beyond reasonable doubt that six minutes after hanging was discovered, he was cut down and expert cardiopulmonary resuscitation started by a correctional officer. It was further established that eleven minutes elapsed between discovery of the "hanging" and notification of the health care centre (source material received from Maritime Headquarters). The nurse required five minutes to reach the scene of the hanging.

In total, sixteen minutes elapsed after the identification of hanging and the arrival of the nurse.

**Case 7** According to the Autopsy Report the cause of death is hanging. There were no other significant findings reported.

**Resuscitation**

The maximum time of survival with complete respiratory obstruction of five to six minutes and five to fifteen minutes for incomplete respiratory obstruction is re-emphasized. It follows that the CSC must work on the assumption that the only hope of recovery of the suicide victim is if effective resuscitation - cardiopulmonary resuscitation - is operational within a maximum of five minutes from the moment of the hanging.

Each case has been reviewed repeatedly and it is possible to point out needs of paramount importance. The accounts in the institutional inquiries of the management by custody and the medical service staff record maximum human effort by staff having to deal with the seven inmates who, the Team believes, were dead when the suicides were discovered. The Team has not been made aware of institutional orders, or a plan of action outlining the **combined role and responsibilities and procedures to be followed by correctional and health care centre staff in a case of suicide, or attempted suicide, by hanging.** With the vital time factor of asphyxia, there is no room for delay.

**Staff Response to Suicide**

In all cases, with the exception of the Westmorland case, which has been criticized earlier, the staff reacted with commendable speed and competence. There were some minor problems with cardiopulmonary resuscitation equipment in one instance and with blunt scissors in another, but no evidence was found to suggest that these problems contributed in any way to the loss of life in the particular incidents.

Certain changes should be introduced to facilitate the response of staff to suicidal incidents. In Dorchester, because of the high security requirements, it may be specially difficult to improve on present procedures.

**Recommendation:**

**47.** It is recommended that in Springhill, where the inmates are supposed to be low-risk, non-dangerous types, the need to double-lock the cells and the prohibition of the staff from carrying keys on the range be reconsidered.

An emergency could be handled in half the time if the officer involved could remain at the scene, while reporting by "walkie-talkie", simultaneously, to central control.

Entry into the cell by one correctional officer, at his/her discretion, when a hanging is identified must be a procedure acceptable to the CSC. The correctional officer on duty may be alone on the cell block. He must quickly obtain the keys for entry into the cell and cut-down scissors. In the absence of walkie-talkies, he must place two phone calls, and only two, on the emergency line: 1 to the health care centre and; 2. to the control centre. It becomes the responsibility of the officer in charge of the institution to ensure that a sufficient number of correctional officers are available to handle the problems at the scene of the hanging, including the sub-control centre.

Cardiopulmonary resuscitation should be started immediately by the custodial staff. Certain problems must be avoided. From the moment of the nurse's arrival at the scene of the hanging, he or she must be the responsible decision-maker in this medical problem of asphyxia. Too many correctional officers on the scene of the suicide can cause confusion and difficulties in the decision-making by the nurse. The necessary Priority II telephone calls should be made by a reinforcement correctional officer or control centre as the institution judges most appropriate.

The nurse must have immediately available to her in the health care centre, equipment already assembled and in working order as follows: a bag

containing the equipment needed for cardiopulmonary resuscitation (one AIRWAY, one full small tank of oxygen connected to an AMBU "puffer" bag, an anaesthetic-type face mask and one stethoscope). The nurse must be able "legally" to leave the health care centre immediately, temporarily unattended if necessary, and make all speed to the scene of the hanging. The officer in charge of the prison must facilitate, in every possible way, the passage of the nurse through the prison to the scene of the hanging.

**Recommendation:**

**48.** It is recommended that there be either a second nurse on duty in the health care centre on the "back-shift", a fully-trained certified "paramedic" or a registered nursing assistant at Dorchester and Springhill.

Difficulties over whether or not the victim is dead have arisen and whether to initiate cardiopulmonary resuscitation. Only a medical doctor can pronounce the victim dead. Decision regarding cardiopulmonary resuscitation must be recognized as the professional responsibility of the nurse after her arrival. Before her arrival, cardiopulmonary resuscitation must be started by the correctional officer.

Clearly, cardiopulmonary resuscitation will be initiated or carried on if there is the slightest positive indication or if there is any doubt about the victim's death in the mind of the nurse. The nurse will communicate as necessary with the instititonal physician, or his alternate on call for emergencies, by phone; the nurse will carry out the orders of the physician for each individual case. On at least one suicide occasion, the correctional officers have differed in their procedural judgment from the nurse and that nurse, as well as some of her professional colleagues, thought she had been given a "hard time". Prompt telephone communication with the doctor by the nurse, as

would be the case in a civilian general hospital, should avoid such difficulties. If necessary, the victim will be pronounced dead either by the institutional physician or his alternate, in the institution, or following transfer to the nearest general hospital. Recovery of the victim will lead to transfer to the health care centre and ongoing general medical and psychiatric care.

The preceding outline is of importance in maintaining the morale of the nurses and the correctional officers. The appearance of the victim of a fatal hanging is emotionally and mentally traumatic to those who have been responsible for his custody, for maintaining the health and safety of the inmate, and for resuscitation.

The use of the airway, anaesthetic face mask and of the AMBU apparatus is equally as effective in pulmonary ventilation as mouth-to-mouth resuscitation; the latter is an unpleasant procedure, to say the least, following asphyxia by hanging. Regular maintenance of the supply of oxygen and AMBU apparatus, and regular instruction of the staff is needed if the AMBU apparatus is to be used efficiently. An anaesthetist advised the Team that management of the valves requires ongoing training of personnel.

**Westmorland Institution**

The minimum control of inmates and their geographical scatter during the day makes any plan relatively unsatisfactory with regard to resuscitation. The time factors would very rarely allow a chance of success. (Refer to Recommendation 14.)

## TRANSFER MEDICAL CARD - "RED FLAG - CLOSE OBSERVATION"

The Bureau of Management Consulting on Self-Inflicted Injuries and Suicides, August 19, 1981, states with respect to documentation: "Normally these documents arrive about a week to ten days after the arrival of the offender." In this group of seven, there have been cases of documents arriving at the receiving institution after the inmate was seen by the psychiatrist.

The Study Team reiterates vigorously the need for documentation, including the medical-psychiatric-psychologic records, to arrive at the receiving institution with the inmate. This is a long-time unsolved problem of such medical and health care importance, sometimes vital (Refer to Recommendation #2), that a major proposal has been developed by the Study Team.

The Transfer Medical Card (Appendix VIII) would list any significant medical or psychiatric diagnoses; it would rate suicidal risk 0-10; it would serve as a signal for "red flag - close observation" (Refer to Recommendations #33 to #36); active medical treatment, e.g. insulin, anti-psychotic drugs, anti-epileptic drugs, would be listed.

The Transfer Medical Card would be attached to the Transfer Warrant of the individual inmate in a sealed envelope. Like the medical/psychiatric history, it is a confidential medical document. The Transfer Medical Card must be regarded as essential as the Transfer Warrant. No receiving institution should be permitted to accept an inmate without **both** the Transfer Warrant and the Transfer Medical Card.

To make this arrangement feasible, Transfer Medical Cards would have to be issued to all jails, provincial institutions and CSC institutions.

The Transfer Medical Card would be signed by the physician or nurse at

the sending institution. At the receiving institution, it would be the responsibility of the CSC to develop an effective tracking process which maintained the confidentiality of the medical record summarized on the medical transfer case. Only the nurse, save in cases of emergency, should open the Transfer Medical Card Envelope.

In the event that suicidal risk has a high rating or is "red flagged", or because a patient-inmate requires "close observation" or medical treatment for diabetes, epilepsy or the like, the nurse should notify promptly the institutional physician, custody, administration and the reception centre.

**Recommendation:**

49. It is recommended that:

(a) a Transfer Medical Card and Envelope be developed and issued by the CSC to all Canadian correctional institutions, jails, provincial institutions, and CSC institutions;

(b) the Transfer Medical Card must be signed by the physician or nurse at the sending institution;

(c) the Transfer Medical Card in a sealed envelope must be attached to the Transfer Warrant of the individual inmate;

(d) the CSC must establish, unequivocally, that no CSC institution will accept an inmate by transfer without a Transfer Medical Card;

(e) the Transfer Medical Card envelope be opened only by the nurse at the receiving institution, save in cases of emergency;

(f) the tracking record of the Transfer Medical Card in the receiving institution be developed by the CSC so as to ensure:

(i) medical confidentiality

(ii) prompt notification of the institutional physician, "recep-

tion", and the senior custodial officer in the event that suicidal risk is red flagged or because the inmate requires special observation and medical care as a patient suffering from diabetes, epilepsy, or the like.

## LONG TERM CONSIDERATIONS

### The Nature and Impact of the Inmate Environment

The general well-being of inmates, reduction of causes of individual stress other than loss of freedom and prevention of suicide are inter-related.

The Suicide Study Team found evidence to suggest that personal problems brought into the institutions by inmates, were exacerbated by exposure to the inmate sub-culture, characterized, as it is, by competitiveness, distrust, hostility and violence. These stress-producing factors are augmented by the prevalence of gambling, alcohol and drug consumption. Such pressures appear to have provided the impetus to suicide for some inmates once precipitating conditions were present.

The arrival of the large number of external transfers to the Atlantic Institutions has been accompanied by increased problems with drugs, alcohol and gambling for stakes that are much higher than heretofore, and increased violence. The suicidal effect of gambling debts and drugs is demonstrated in some of these seven suicides and is related to the inmate sub-culture.

**Recommendation:**

**50.** It is recommended that a study be undertaken of inmate experience in federal institutions with the objective of gaining greater understanding of the institutional environment, and developing means by which negative social pressures on inmates might be lessened.

### Psychiatric Services

Whereas the Study Team recognizes the desirability of each inmate receiving a psychiatric examination on admission to a federal prison, the shortage

of psychiatrists at the present time precludes such an action. This is to be considered as a long term objective.

Collaboration on the development of psychiatric services and facilities for the mentally ill patient-inmates in the Atlantic Provinces should be a co-operative project between CSC and the appropriate provincial authorities.

**Incarceration of Inmates from Newfoundland**

It has been recorded that the Study Team judges that of these seven suicides, three were individuals who either were resident in Newfoundland or regarded Newfoundland as their home. The geographical isolation from friends and relatives is obvious.

The staff of the Correspondence and Visits Unit at Dorchester supported the view that visits from relatives and friends resident in Newfoundland are few. The Study Team believes this situation to be unsatisfactory and to contribute to stressful difficulties and emotional disturbances leading to suicide in vulnerable individuals from Newfoundland. (See Recommendation #10)

APPENDIX "I"

Atlantic Institute of Criminology

January 26, 1984

Dr. H. Botterell
Chairperson
Suicide Study Team - Atlantic Region
Correctional Services of Canada
Ottawa, Ontario

Dear Dr. Botterell:

With respect to the work of the Suicide Study Team, and the draft report, dated January, 1984, I want to express my appreciation of both the competent and open manner in which you conducted team meetings, and, also, the high quality of this draft report.

I must, however, record my concern over the omission of a psychologist from the composition of the Study Team. As a consequence, the perspective of that discipline was not represented in our deliberations. While I cannot presume to speak for this professional group, I believe their omission from the Team has influenced both the general character of the report and some of the recommendations it contains.

Respectfully submitted,

Robert C. Kaill

Robert C. Kaill
Team Member

Director
Atlantic Institute of Criminology

c.c.: Committee Members

RCK:dme

Corner of Seymour and South Streets, Halifax, Nova Scotia B3H 1T2 424-6593

APPENDIX "II"

# STATISTICAL ANALYSIS OF SUICIDES IN THE FEDERAL PENITENTIARIES IN ATLANTIC CANADA

Over the first three quarters of 1983 there were seven suicides committed in federal penitentiaries in Atlantic Canada. This number is more than twice the number committed during the five year period 1978-1982. Because of this, a study team was set up under Dr. E.H. Botterell to analyse the situation. As part of this study, the Bureau of Management Consulting was asked to perform a statistical analysis of Atlantic suicides and possible causal factors. This discussion paper presents some of the findings of that analysis.

The paper is presented as a series of questions and answers. This will serve to focus the discussion on salient issues.

Question 1. Are suicides more frequent in Canadian penitentiaries than in the general population?

Answer: Yes.

If age specific suicide rates for Canadian males were applied to the population of inmates of federal penitentiaries the suicide rate would be 27.6 suicides per 100,000 inmates per year. Over the period January 1977 to September 1983 the actual rate was 111.3 suicides per 100,000 inmates per year. Thus, there were 75 suicides in penitentiaries over that period of time when, on the basis of suicide rates for Canadian males, there would have been about 19. This is a true difference: the probability that the difference resulted from chance variation is vanishingly small.

Question 2. Historically, has the Atlantic Region differed from the rest of the penal system in terms of suicide rate.

Answer: Perhaps, but we can't say for sure.

From 1977 to 1982 the suicide rate in the Atlantic Region was 73.4/100,000 per year. For the remainder of the country, the rate was 103.3/100,000 per year. Although there is an apparent difference in rates between the Atlantic Region and the rest of the country, the difference could have occurred by chance.*

---

* From 1977 to 1982 there were 4 suicides in the Atlantic Region. If there had been two more suicides the Atlantic rate would have been higher than the rate for the rest of Canada.

Question 3. Has the number of suicides in the Atlantic Region this year been unusual?

Answer: Yes

As we noted before, the suicide rate for Atlantic Canada during the years 1977-82 was 73.4/100,000 per year. Over the first three quarters of 1983 the suicide rate was 785/100,000 per year. This is a statistically significant increase. The probability that 7 or more suicides would occur in the Atlantic Region over three quarters of a year without a change in the underlying suicide rate is less than one in a thousand.

Question 4. Have the other regions experienced an unusually high number of suicides this year?

Answer: No.

Based upon historical rates, the other regions could be expected to have had about 8 suicides during the first three quarters of 1983. There were, in fact, 9 suicides. This is not an unusual occurrence.

Question 5. Is there any relationship between transfers from other regions and suicides?

Answer: There is a statistical relationship between suicides and transfers from other regions for the Atlantic Region, but no such relationship exists for the rest of the federal penal system.

The accompanying table gives suicides and external transfers for the Atlantic Region and also for the remaining regions, by quarter.

## TABLE 1

## EXTERNAL TRANSFERS AND SUICIDES

| Quarter | Atlantic | | Remaining Regions | |
|---|---|---|---|---|
| | External Transfers | Suicides | External Transfers | Suicides |
| 1/78 | 15 | 0 | 228 | 0 |
| 2/78 | 13 | 0 | 354 | 1 |
| 3/78 | 14 | 1 | 371 | 3 |
| 4/78 | 22 | 0 | 343 | 1 |
| 1/79 | 21 | 0 | 299 | 1 |
| 2/79 | 16 | 0 | 313 | 4 |
| 3/79 | 25 | 0 | 354 | 4 |
| 4/79 | 31 | 0 | 317 | 0 |
| 1/80 | 22 | 0 | 190 | 0 |
| 2/80 | 10 | 0 | 119 | 4 |
| 3/80 | 11 | 0 | 149 | 1 |
| 4/80 | 10 | 1 | 126 | 4 |
| 1/81 | 8 | 0 | 92 | 3 |
| 2/81 | 19 | 0 | 173 | 3 |
| 3/81 | 75 | 0 | 240 | 2 |
| 4/81 | 21 | 0 | 198 | 4 |
| 1/82 | 28 | 0 | 207 | 2 |
| 2/82 | 32 | 1 | 230 | 1 |
| 3/82 | 36 | 0 | 169 | 4 |
| 4/82 | 31 | 0 | 231 | 3 |
| 1/83 | 68 | 3 | 267 | 4 |
| 2/83 | 86 | 2 | 322 | 2 |
| 3/83 | 37 | 2 | 294 | 3 |

Examining the data for the Atlantic Region, we see that there was a major increase in external transfers in this region during the first and second quarters of 1983, with the third quarter numbers dropping back somewhat.

Correlating suicides and external transfers for the Atlantic Region gives a correlation coefficient $r=.57$. (Correlation coefficients close to 0 show no association between the variables. Correlations close to 1 or -1 show a high degree of association). The value of $r=.57$ is satistically significant and shows that, for the Atlantic Region, suicides and transfers are associated.

A similar correlation analysis for regions other than Atlantic yields different results. The calculated value of r here is -.20. This value is close to a 0, indicating (for the number of observations we have here) a lack of statistically verifiable relationship.

Question 6. So external transfers and suicides are correlated for the Atlantic Region. What does this mean?

Answer: Lets look back at the data for the Atlantic Region in the table in the answer for Question 5. What we see is external transfers increasing very slowly from 1978 to 1982 while suicides remain quite rare. The underlying suicide rate might be increasing slightly as external transfers increase, but suicides are so rare that no firm conclusions can be made.

Then, at the beginning of 1983, the quarterly external transfer rate more than doubles. At the same time there is an explosive increase in suicides. It is this behavior that the correlation coefficient is reflecting.

Is there a causal relationship between external transfers and suicides. Correlation analysis alone cannot tell us that.

Given the disruption the transfer of difficult inmates can have on a stable institution it is plausible that there is a causal relationship between external transfers and suicides. On the other hand, it is possible that changes in administration causing increasing transfers just happened to coincide with the increased suicide rate. Furthermore, it is possible that increases in suicides and transfers are both caused by some third factor. Ultimate conclusions depend upon an examination of the Atlantic Institutions themselves.

Question 7. Is there a relationship between demand for medical and psychiatric examinations and suicides.

Answer: Table 2 displays counts of psychiatric and medical examinations for the Atlantic Region since 1978.

TABLE 2

PSYCHIATRIC AND MEDICAL EXAMINATIONS FOR THE ATLANTIC REGION

| Year | Psychiatric Exams | Medical Exams | | | | | Suicides |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Reception | Transfer | Release | Other | Total | |
| 1978 | 550 | 619 | 363 | 335 | 112 | 1,429 | 1 |
| 1979 | 391 | 566 | 564 | 335 | 74 | 1,539 | 0 |
| 1980 | 593 | 491 | 321 | 343 | 100 | 1,255 | 1 |
| 1981 | 435 | 619 | 388 | 420 | 142 | 1,569 | 0 |
| 1982 | 407 | 705 | 1,044 | 414 | 115 | 2,278 | 1 |
| Jan-Sept/83 | 509 | 1,073 | 1,196 | 344 | 149 | 2,762 | |
| 1983* | 678 | 1,431 | 1,595 | 458 | 199 | 3,683 | 7 |

* Projected

Notice that in each case there has been a substantial increase in exams performed for 1983. Because of this, examinations and suicides are correlated.

Suicides and psychiatric assessments have a correlation coefficient $r = 0.78$ while all medical assessments have $r = 0.92$. Reception medicals have an r of 0.85. To put this in perspective we should note that, using yearly data, the correlation between external transfers and suicides for the Atlantic Region is 0.74. All of these correlations are statistically significant.

Given the nature of what we are counting, it is unreasonable to suspect that our analysis indicates that medical and psychiatric examinations cause suicide. It is possible that the increase in the number of suicides has caused the penitentiaries to ask for more psychiatric examinations. However, the most plausible explanation is that suicides and psychiatric examinations have a common cause: some dislocation of the penitentiary society.

The unusually large number of medical examinations related to reception and transfer indicate an increase in prisoner movement in the region. Since suicides have increased at the same time, it is possible that the overall change in suicide rate is related to this change in prisoner movement. Detailed examination of prison societies would be required if it were desired to follow this hypothesis further.

Question 8. Is there any relationship between suicides and number of psychological assessments.

Answer: Apparently no reliable records on psychological assessments have been kept, so this question cannot be addressed quantitatively.

Question 9. What is the relationship between suicides and backlogs in medical, psychiatric, and psychological assessments.

Answer: Very little historical data on backlogs is available. What there is tends to confirm the assertions made by institutional staff that significant backlogs have existed this year. This is consistent with the reported increase in medical and psychiatric examinations in 1983.

Question 10. Is there a relationship between inmate population increase and suicides in the Atlantic Region.

Answer: A correlation of inmate population with suicide rate for the Atlantic Region gives an $r = 0.86$, which is statistically significant. Over the last year the inmate population in the Atlantic Region has increased by 14.8% (vs 7.9% for the penitentiary system as a whole). From 1978 to the present the Atlantic Region population has increased by 40.7% (vs 21.6% for the system as a whole). And over that time the population of Dorchester has increased by 52% (vs 22.5% for all Maximum Security Institutions as a whole).

There appears to be no doubt that the Atlantic Region is receiving more than its proportional share of the increase in inmate population. Whether this is having an effect on prison society and hence on suicides is an open question.

Question 11. What definitive conclusions can be drawn from this analysis?

Answer: None

The only way truly definitive conclusions regarding causality can be drawn from statistical analysis alone is when the statistics arise as the result of a controlled experiment, where subjects are randomly assigned to various treatment groups, and where scrupulous care is taken in performing the experiment. This is not the case here.

In our case we are analysing statistics drawn from a penal system in which large numbers of factors are changing in a (statistically) uncontrolled fashion. In addition, the information that is collected is subject to reporting variation due to administrative changes alone. In this type of situation, statistical analysis can only serve as an indication of possible causal factors. More definitive conclusions require an actual on site analysis of the social and administrative systems in the penal institution.

What we can say is this. Coinciding with the increase in the number of suicides in Atlantic Canada, the following things changed:

1. external transfers more than doubled;
2. there were major increases in psychiatric and medical examinations;
3. the overall inmate population increased almost 15%.

These may not be causal factors, but they probably merit further examination.

APPENDIX III

# THE SILENT SYSTEM:
# AN ENQUIRY INTO PRISONERS WHO SUICIDE
# AND
# ANNATOTED BIBLOGRAPHY

BRIAN E. BURTCH AND RICHARD V. ERICSON

CENTRE OF CRIMINOLOGY
UNIVERSITY OF TORONTO
1979

Correctional Service of Canada / Service correctionnel du Canada

MEMORANDUM NOTE DE SERVICE

APPENDIX IV

Robert Watkins
Chief, Psych. Services
NHQ - Ottawa

T. Robichaud
Psychologist
Dorchester Penitentiary

SECURITY CLASSIFICATION DE SÉCURITÉ

OUR FILE/NOTRE RÉFÉRENCE
2280-7

YOUR FILE/VOTRE RÉFÉRENCE

DATE
1983-06-16

SUBJECT
OBJET
Suicide Watch

1. As per your request, I've sent you a copy of a "sample" (Annex II) along with description of factors which are scored with respect to high risk inmates (Annex I).

2. This list is updated on a weekly basis, on Thursdays, distributed by Friday mornings to A.W. Health Care Service, A.W. Security, Chief, Case Management. They in turn circulate to key personnel. The timing of distribution is deliberately set on Fridays, since most suicides will occur on weekends. The task of identification scoring, inclusion/exclusion has been thus far, assumed by psychologists.

3. The original exercise of identification, scoring and entry on word processor took one week. The first identification process is described on Annex III.

4. Note that since the original draft (Annex III; comment on data) I have added a seventh factor to be scored and I am contemplating an eighth at this time.

5. The information included in Annex IV has been circulated to A.W.'s for their personnel and it has become the A.W. Security's standing order on suicide.

6. Hope all is satisfactory. Please don't hesitate to call for additional information.

T. Robichaud, M.A.
Psychologist

TR/kw

BEHAVIOURS TO OBSERVE IN POTENTIALLY SUICIDAL INMATES:

The basic features of potentially suicidal individuals are behaviours, verbalizations, moods, and emotional states which paint a picture of an individual who feels hopeless, helpless and worthless. He will feel that he is doomed and he is resigned to this situation.

The following are a series of specific behaviours and conditions which illustrate the state of hopelessness which the individual feels:

1) Pessimistic verbal expressions:

   For example, he will say that life can't and won't change.

2) Crying spells.

3) Sense of failure, guilt feelings and self-punishment.

4) Self-hate, self-accusations, and self-punitive wishes.

5) Withdrawal from contacts with others, even close friends and family. He won't work, won't entertain himself by reading, radio or T.V.

6) Neglects physical appearance, won't wash, shave, brush teeth, etc. He has untidy clothing, cell and cell effects. Material comfort is no longer important.

7) Loss of appetite, disturbed sleep patterns, and possible loss of weight.

8) Irritability and inability to make decisions in the present. Some levels of confusion about present and future activities is usually present.

Individuals who are contemplating suicide as a rule will not:

1) Show a lot of anger and hostility at others because they feel it is useless. They have abandoned all options to improve their condition by threat or by persuasion.

2) They don't speak about tomorrow and do not look forward to visits, letters, phone calls, or anticipated privileges. They feel, think, and plan as if tomorrow does not matter. They feel abandoned and in turn have given up.

ANNEX I

DESCRIPTION AND RATIONALE OF FACTORS USED AS CRITERIA IN IDENTIFICATION PROCESS:

1. Previous Suicide Attempts:

This includes only bonafide suicide attempts by hanging or gun-shot wounding. Other modes of self-mutilation, i.e. slashing were not included since most are interpreted as manipulative and attention-seeking. There is a low frequency of slashings in the history of actual suicide attempts.

Such criteria would suggest that these individuals have previously opted for self-annihilation and have experienced the deterioration necessary to carry out that option. The probability of recurrence is increased.

2. Disturbed Societal Support Systems:

Included in this category are inmates who have alienated themselves from their families. In particular, they feel guilty about their behaviours, inadequacies, and the emotional damage they have caused their loved ones. They feel they have lost the love, credibility and active support of their families and close friends.

3. Psychiatric History:

There is a high correlation in suicides and previous psychiatric admissions or evaluations. This sample includes only those inmates who have received intensive attention because of psychotic-type symptoms. It does not include psychiatric admissions for legal forensic assessment, or for alcoholic detoxification. Inmates who become psychotic-like due to acute anxiety reactions were not scored on this factor. In fact, inclusions in this sample are still actively pre-psychotic and psychotic in Dorchester.

4. I - E Factor: Internalization vs Externalization:

This, the most significant of all other factors, considers whether the individual is likely to blame himself, to feel hopeless and give up on himself (I), or whether he will deny, remain angry and aggressive and blame others (E). Scored on a zero to 3 point scale, high scores are prone to blaming self and are extreme risks if other factors are also operant. The value (0-3) is subjectively scored, based on clinical knowledge of the inmate's cognitive functioning.

. . . 2

5. Rejection and/or High Stress in Population:

This factor identifies inmates who find little or no social support or group identification in any inmate collective cell. They have no friends, feel alienated and vulnerable. They may not share criminal values and feel estranged and incompatible. Many individuals in this category are inadequate, limited and cannot actualize adaptation, nor are they allowed integration; they are abused. They also feel abandoned by the authorities. They are unattractive to other inmates, nuisances, or unreliable. These inmates lack personal adaptive resources and are subject to ridicule.

6. Long Sentences/Undesirable Options for Release:

Long sentences present an obvious catalytic effect in the inmate's perception of options. Most individuals in this category are Lifers with little hope of release. While some have 10 year PER dates, the nature of their crime and their "perceived" inability to obtain parole or function in society negates any real positive perception of future improvement. They feel doomed and resigned. The same criteria is applied to a few who have early M.S. release but perceive a "revolving-door" self-fulfilling prophecy.

7. History of Aggression:

Research shows that the majority of suicidal inmates have a history of violence. Inmates with a history of physical aggression are scored in this category.

In the following chart "Population Profile" identified inmates are listed with their respective scores on each factor, and also their total score determining suicidal risk. Factors 1, 2, 3, 5, 6, and 7 are scored 1 in the total score, and factor 4 is scored 1-3 depending on the probability of internalization versus externalization.

T. Robichaud, M.A.
Psychologist
Dorchester Penitentiary

## Suicide Information Form

To all Living Unit Staff:

If you have an inmate that you believe may be suicidal please enclose the completed Suicide Information Form with your written referral. This information is necessary to best determine appropriate further action. Suicide/self-injury referrals received without a completed Suicide Information Form will receive a low priority.

Inmate Name and Number _____ Age _____

Ethnic Origin _____ Date _____

1) Why do you think that this inmate is a suicide risk at this time? State briefly.

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

2) From the inmates point of view, what are his problems? Rank each in terms of seriousness circling the appropriate number response.

| | not serious | | | | very seric |
|---|---|---|---|---|---|
| i) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ii) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| iii) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| iv) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| v) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3) Does this inmate say that suicide is a possible solution to his problems? If so how good a solution does he think it is? Circle appropriate number response.

| not a solution | poor solution | | | | best soluti |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4) Excluding suicide how helpless does this inmate think he is regarding the solution of his problems. Circle appropriate number response.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| not helpless at all | | | | | totally helpless |

## Suicide Information Form



5) How developed is this inmate's suicide plan? Circle appropriate number.

| no plan | not much of a plan | | | | precise plan |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

6) How serious do you think this inmate is about his suicide plan?

| | minimally serious | | | | very serious |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7) Please list previous reported suicide attempts giving date, method (eg Hanging) and seriousness.

| | | very serious |
|---|---|---|
| i) _____ | 1 2 3 4 | 5 |
| ii) _____ | 1 2 3 4 | 5 |
| iii) _____ | 1 2 3 4 | 5 |

(if more than three, complete seperate page)

8) Give inmate's reasons for most recent suicide attempt.

_____

_____

_____

9) How strong are this inmates family ties?

| non-existant | very weak | | | | very strong |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10) Is this inmate currently under pressure by other inmates?

| No, not under pressure | minimal pressure | | | | definite dan |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11) What makes this inmate feel good? Circle appropriate number for strength of feelin

| | a little better | | | | extremely go |
|---|---|---|---|---|---|
| i) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ii) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12) If you have any comments you would like to make please do so in following space.

_____

_____

_____

Thank you for your co-operation.

The Psychology Department

APPENDIX V

SPRINGHILL INSTITUTION

NAME: _____ NO.: _____ DOB: _____

DATE ADMITTED: _____ MS DATE: _____ TOTAL SENTENCE: _____

OFFENCES SENTENCE PLACE DATE SENTENCED

OUTSTANDING CHARGES:

PREVIOUS CHARGES:

PREVIOUS JAILS AND PENITENTIARIES:

EDUCATION LEVEL: _____ VOCATIONAL INTERESTS: _____

OCCUPATION: _____

MEDICAL PROBLEMS:

INTELLIGENCE:
Below Average: ___ Average: ___ Above Average: ___ Inferior: ___ Superior: ___

ANTI-SOCIAL ORIENTATION
Minimum: _____ Medium: _____ Maximum: _____ Normal: _____

PROTECTIVE CUSTODY
STRESS LEVEL Normal: _____ Sensitive: _____ High: _____ Stress: _____

SUICIDE

VIOLENCE

ESCAPE HISTORY

RECOMMENDED PLACEMENT - Dorchester _____ Springhill _____ Westmorland _____

PPR BENCH MARKS

REVIEWED BENCH MARKS

OTHER INFORMATION

COMPARISON OF DETAILS OF DORCHESTER CRITERIA VERSUS BURTCH-ERICSON CRITERIA

| BURTCH-ERICSON STUDY / SEVEN "SUICIDE-WATCH" CRITERIA[1] USED AT DORCHESTER | ARE THESE FACTORS SIGNIFICANT IN: GENERAL POPULATION SAMPLE | ARE THESE FACTORS SIGNIFICANT IN: SUICIDE SAMPLE | DORCHESTER VS. BURTCH-ERICSON CRITERIA |
|---|---|---|---|
| 1. **PREVIOUS SUICIDE ATTEMPTS:** " ... **only** bona fide suicide attempts by hanging or gunshot wounding. Other modes of self-mutilation, i.e. slashing, **were not included since most are interpreted as manipulative and attention-seeking.** There is a low frequency of slashings in the history of actual suicide attempts." | " ... the extent of suicidal histories among the inmate population generally is unknown. The information at our disposal is quite contradictory." p.54 | 41.6% of sample had a record of suicide threats and/or attempts. Table 15 (p 55): Some of the successful suicides occurred within a few days of an unsuccessful attempt. | (a) As opposed to Dorchester criteria, Burtch includes (because of no mention of specific exclusion) suicide threats, suicide attempts other than those by hanging and firearms.<br><br>**CONCLUSION:** Dorchester criteria are, even though focussed on the same area, much more stringent than those of Burtch due to the exclusion of threats and all prior attempts unless involving rope or firearms. |
| 2. **DISTURBED SOCIETAL SUPPORT SYSTEMS:** "Included ... **are inmates who have alienated themselves from their families** ... they feel guilty about their behaviours, inadequacies and the emotional damage they have caused their loved ones. They feel they have lost the love, credibility and active support of their families and close friends." | Marital Support - 37.7%<br><br>No Marital Support - 62.1%<br><br>Not Stated - 0.2% | Marital Support - 11.4%<br><br>No Marital Support - 87.6%<br><br>Not Stated - 1.0% | (a) Once again, Dorchester criteria are much narrower in one sense than the Burtch study. Dorchester deals with "inmates who have alienated themselves from their families" which I interpret as their alienation being rooted in the inmate (internalization - See #4)<br><br>(b) Burtch simply examines marital status of the maximum-security sample and the suicide sample. By combining married and common-law, it seems possible to find the proportion who have some form of marital relationship as contrasted with the single, widowed separated and divorced. "Not stated" form 1% or less in both samples. " ... whereas it is of theoretical interest to discover that marital status seems to have some impact on inmates' decision to suicide, for practical purposes, this variable carries minimal value for suicide prevention programs. |

COMPARISON OF DETAILS OF DORCHESTER CRITERIA VERSUS BURTCH-ERICSON CRITERIA

| SEVEN "SUICIDE-WATCH" CRITERIA[1] USED AT DORCHESTER / BURTCH-ERICSON STUDY | ARE THESE FACTORS SIGNIFICANT IN: GENERAL POPULATION SAMPLE | ARE THESE FACTORS SIGNIFICANT IN: SUICIDE SAMPLE | DORCHESTER VS. BURTCH-ERICSON CRITERIA |
|---|---|---|---|
| 3. **PSYCHIATRIC HISTORY:** "There is a high correlation in suicides and previous psychiatric **admissions or evaluations.** This sample includes only those inmates who have received intensive attention because of psychotic-type symptoms. **It does not include psychiatric admissions** for legal forensic assessment, or for alcoholic detoxification. **Inmates who become psychotic-like due to acute anxiety reactions were not scored on this factor.** In fact, inclusions in this sample are still actively pre-psychotic and psychotic in Dorchester." | No information on general population. | 78.1% of sample had displayed an average of 2.2 symptoms | Dorchester uses very stringent criteria-admissions or evaluations and receipt of intensive attention because of psychotic-like symptoms. Burtch using much looser criteria found that 78.1% of the suicide sample had displayed an average of 2.2 symptoms per patient while 21.9% had displayed no such symptoms. |
| 4. **INTERNALIZATION VS. EXTERNALIZATION FACTOR:** " ... the most significant of all other factors, considers whether the individual is likely to blame himself (I) or whether he will remain angry and aggressive and blame others (E). Scored on a 0 to 3 point scale, high scores are prone to blaming self and are extreme risks if other factors are also operant. The value (0-3) is subjectively scored, based on clinical knowledge of the inmate's cognitive functioning." | ----- | ----- | Burtch did not assess this factor. However, using this definition used by Dorchester, it seems that an inmate would have great difficulty winning. If he externalizes his anger, aggression or tendency to blame others, it will probably bring him into conflict with inmates and staff and bring him into disciplinary court and eventually into dissociation. If he internalizes excessively, he runs a risk of suicide attempts which if unsucoessful will take him into dissociation. |

COMPARISON OF DETAILS OF DORCHESTER CRITERIA VERSUS BURTCH-ERICSON CRITERIA

| SEVEN "SUICIDE-WATCH" CRITERIA[1] USED AT DORCHESTER / BURTCH-ERICSON STUDY | ARE THESE FACTORS SIGNIFICANT IN: GENERAL POPULATION SAMPLE | YEARS OF SENTENCE | SUICIDE SAMPLE | DORCHESTER VS. BURTCH-ERICSON CRITERIA |
|---|---|---|---|---|
| 5. EDUCATION AND/OR HIGH STRESS IN POPULATION: " ... identifies inmates who find little or no social support or group identification in any inmate collective cell. They have no friends, feel alienated and vulnerable. They may not share criminal values and feel estranged and incompatible. Many individuals in this category are **inadequate, limited and cannot actualize adaptation,** nor are they allowed integration, they are abused. They also feel abandoned by the authorities. **They are unattractive to other inmates, nuisances or unreliable.** These inmates lack personal adaptive resources and are subject to ridicule." | ----- | | ----- | Burtch did not attempt to assess roles of either population in the total inmate society. |

COMPARISON OF DETAILS OF DORCHESTER CRITERIA VERSUS BURTCH-ERICSON CRITERIA

| SEVEN "SUICIDE-WATCH" CRITERIA[1] USED AT DORCHESTER / BURTCH-ERICSON STUDY | ARE THESE FACTORS SIGNIFICANT IN: GENERAL POPULATION SAMPLE | YEARS OF SENTENCE | SUICIDE SAMPLE | DORCHESTER VS. BURTCH-ERICSON CRITERIA |
|---|---|---|---|---|
| 6. LONG SENTENCES/UNDESIRABLE OPTIONS FOR RELEASE: "Long sentences present an obvious catalytic effect in the inmate perception of options. Most individuals in this category are Lifers with little hope of release. While some have 10 year PER dates, the nature of their crime and their "perceived" inability to obtain parole or function in society negates any real positive perception of future improvement. They feel doomed and resigned. The same criteria are applied to a few who have early MS release, but perceive a "revolving door" self-fulfilling prophecy." | 7.5%<br>----<br><br><br>

COMPARISON OF DETAILS OF DORCHESTER CRITERIA VERSUS BURTCH-ERICSON CRITERIA

| SEVEN "SUICIDE-MATCH" CRITERIA[1] USED AT DORCHESTER / BURTCH-ERICSON STUDY | ARE THESE FACTORS SIGNIFICANT IN: GENERAL POPULATION SAMPLE | % OF SAMPLE WITH MAJOR OFFENCE | SUICIDE SAMPLE | DORCHESTER VS. BURTCH-ERICSON CRITERIA |
|---|---|---|---|---|
| 7. HISTORY OF AGGRESSION: "Research shows that the majority of suicidal inmates have a history of violence. Inmates with a history of physical aggression are scored in this category." | 38.4 | Against the person | 36.5 | This Dorchester criterion seems totally contrary to the Burtch study. Burtch, although commenting following a literature review, " ... the available evidence suggests that violent offenders ... a minority within most prisons ... are more likely to take their lives in custody than are persons convicted of and/or charged with property crimes." (p.50) HOWEVER, having said that, Burtch hypothesized, " ... that persons convicted for crimes against persons would be over-represented in the (suicide sample), a comparison between the two samples was conducted." The hypothesis questions that conviction of violent crimes is firmly linked to suicide by inmates. That some property offences may have also involved personal violence is acknowledged but Burtch used the formula for assessing "major offence" types. HIS CONCLUSION, THE SUPPOSED LINK BETWEEN HETEROAGGRESSION AND AUTOAGGRESSION REMAINS A QUESTIONABLE SUPPOSITION WHICH HOLDS LITTLE PROMISE IN THE PREDICTION OF INMATE SUICIDES. |
| | 61.6 | Against the property | 63.5 | |

NOTE: In a chart, inmates are listed with their respective scores on each factor and their total score indicating their suicide risk. Factors 1, 2, 3, 5, 6 and 7 are weighted 1 each. Factor 4 is scored 1-3 depending on the probability of internalization versus externalization.

1 Taken from material attached to memo from T. Robichaud, Dorchester Penitentiary, to Robert Watkins, Chief Psychological Services, National Headquarters dated June 16, 1983, File Reference 2280-7 and 1726-4.

APPENDIX VII

Correctional Service Canada / Service correctionnel Canada

# MEDICAL HISTORY / ANTÉCÉDENTS MEDICAUX

MEDICAL CONFIDENTIAL / MÉDICAL CONFIDENTIEL

Federal Information Bank Number / Nº de la banque fédérale de données: 23241

Inmate's name / Nom du détenu

Inmate's number / Numéro du détenu

F.P.S. number / Numéro S.E.D.

INSTITUTION / ÉTABLISSEMENT

Date of birth / Date de naissance: Y-A M-M D-J

Sex / Sexe: M ☐ F ☐

**TO BE COMPLETED BY THE INDIVIDUAL – À REMPLIR PAR LE PATIENT**

**PERSONAL HISTORY** – "X" column if you have now, or had in the past any of the following:
**ANTÉCÉDENTS PERSONNELS** – Marquez d'un "X" si vous avez déjà souffert ou souffrez encore des troubles suivants:

| | | |
|---|---|---|
| 1. ☐ Mental disorders, nervous breakdown / Troubles psychiques, dépressions nerveuses | 2. ☐ Epilepsy/loss of consciousness / Epilepsie/évanouissements | 3. ☐ Serious head injury or concussion / Blessures graves à la tête ou commotion cérébrale |
| 4. ☐ Frequent headaches / Maux de tête fréquents | 5. ☐ Ear, Nose or throat disease / Affection des oreilles, du nez ou de la gorge | 6. ☐ Eye trouble, corrective lenses or visual trouble / Affections des yeux verres correcteurs (troubles oculaires) |
| 7. ☐ Lung disease, Asthma, persistent cough, tuberculosis / Affections pulmonaires, asthme, toux tenace, tuberculose | 8. ☐ Heart disease, high blood pressure, shortness of breath / Maladies du coeur, hypertension, essoufflement | 9. ☐ Chest pain / Douleurs thoraciques (poitrine) |
| 10. ☐ Disorders of kidney, bladder or genital organs / Maladies des reins de la vessie ou des organes génitaux | 11. ☐ Chronic skin conditions / Affections chroniques de la peau | 12. ☐ Arthritis, rheumatism, rheumatic fever / Arthrite, rhumatisme, fièvres rhumatismales |
| 13. ☐ Back pain, spinal disorders / Douleurs au dos, troubles de la colonne vertébrale | 14. ☐ Allergies, hay fever or hives / Allergies, fièvre des foins, urticaire | 15. ☐ Venereal disease / Maladie vénérienne |
| 16. ☐ Drug sensitivities / Reaction à des produits pharmaceutiques | 17. ☐ Stomach or bowel disorders / Troubles ou maladies de l'estomac ou des intestins | |

ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS – RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES

| | Yes/Oui | | Yes/Oui |
|---|---|---|---|
| 18. Have you had any prolonged illness? / Avez-vous eu des maladies chroniques? | ☐ | 19. Do you have any tattoos? / Avez-vous des tatouages? | ☐ |
| 20. Have you ever been admitted to hospital? / Avez-vous déjà fait un séjour à l'hôpital? | ☐ | 21. Have you had surgery? / Avez-vous eu des opérations chirurgicales? | ☐ |
| 22. Have you any restrictions on your physical activity? / Votre activité physique est-elle restreinte? | ☐ | 23. Have you any regular exercise schedule? / Faites-vous régulièrement de l'exercice physique? | ☐ |
| 24. Have you ever received disability pension or compensation? / Avez-vous déjà touché une pension d'invalidité ou une indemnité? | ☐ | 25. Have you been X-rayed within past 12 months? / Avez-vous été radiographié pendant les 12 derniers mois? | ☐ |
| 26. Are you under treatment for any condition? / Etes-vous actuellement sous traitement? | ☐ | 27. Are you taking medications? / Faites vous usage de médicaments? | ☐ |

**IMMUNIZATIONS** – Have you had any immunization for the following?
**IMMUNISATIONS** – Avez-vous été immunisé pour les maladies suivantes?

| | Yes/Oui | Date Y-A | M-M | D-J |
|---|---|---|---|---|
| 28. Tetanus / Tétanos | ☐ | | | |
| 29. Tuberculosis (TB) / Tuberculose | ☐ | | | |
| 30. Polio | ☐ | | | |
| 31. Influenza (Flu) / Influenza (Grippe) | ☐ | | | |
| 32. Diphtheria / Diphtérie | ☐ | | | |

**CONSUMPTION / DEPENDENCY** – Do you take any of the following regularly?
**USAGE / DÉPENDANCE** – Faites-vous un usage régulier de?
(If yes, specify daily consumption) (Si oui, spécifier usage par jour)

| | Yes/Oui | |
|---|---|---|
| 33. Alcohol / Alcool | ☐ | |
| Beer / Bière | ☐ | |
| Wine / Vin | ☐ | |
| 34. Drugs / Drogues | ☐ | |
| 35. Cigarettes | ☐ | |
| Cigars / Cigares | ☐ | |
| Pipe tobacco / Tabac à pipe | ☐ | |

**FAMILY HISTORY** ("X" if any of your blood relatives suffered the following:) – Specify relative(s) affected
**ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX** (Marquez d'un "X" si un de vos parents a déjà souffert de:) – Specifier parents atteints

| | | | |
|---|---|---|---|
| 36. ☐ Diabetes / Diabète | 37. ☐ Stroke / Congestion cérébrale | 38. ☐ Heart disease/high blood pressure, rheumatic fever / Maladies du coeur/hypertension, fièvres rhumatismales | |
| 39. ☐ Cancer | 40. ☐ Mental illness / Troubles mentaux | 41. ☐ Seizure (Epilepsy) / Attaque d'apoplexie (Epilepsie) | 42. ☐ Presuyopia (over 40 years of age) / Presbytie (au dessus de 40 ans) |

43. ☐ TBC – Migraine – Peptic ulcers – Gout – Glaucoma / TB – Migraine – Ulcere peptique – Goutte – Glaucome — Specify illness (disease(s)) / Spécifier la(les) maladie(s)

**TO BE COMPLETED BY NURSE – À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE**

Elaborate on all positive findings – Commenter en détail les données positives

Signature certifies information is correct / La signature atteste que l'information est exacte

Individual's signature – Signature de l'individu

Date: Y-A M-M D-J

Completed by – Complété par

Signature

Qualifications

CSC 416 (5/80)

APPENDIX VIII

TRANSFER MEDICAL CARD

| NAME | NUMBER | TIME & DATE OF TRANSFER | SENDING INSTITUTION | MEDICAL/PSYCHIATRIC DIAGNOSIS | "RED FLAG" SUICIDAL RISK 0-10 | MEDICAL/PSYCHIATRIC TREATMENT-ACTIVE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Doe, J. | 000002 | 1600<br>9 Nov. '83 | H.M.<br>Penitentiary<br>St. John's | Paranoid-<br>Schizophrenia | 3-4 | Chlorpromazine ___ mg.<br>etc. |

Correctional Service Canada | Service correctionnel Canada

# RAPPORT DU GROUPE D'ÉTUDE:

# LES SEPT SUICIDES DANS LA RÉGION DE L'ATLANTIQUE

## 17 FÉVRIER - 25 AOÛT 1983

AVRIL 1984

Canada

2 Lakeshore Blvd.
Kingston, Ontario
K7M 4J6

Le 30 avril 1984

Monsieur D.R. Yeomans
Commissaire du service correctionnel
Service correctionnel Canada
340, avenue Laurier ouest
Ottawa, Ontario
K1A 0P9

Cher Monsieur,

En octobre 1983, par suite de votre demande, un groupe d'étude fut mis sur pied pour enquêter sur la question des sept suicides qui ont eu lieu dans la région de l'Atlantique entre le 17 février et le 25 août 1983. Au nom des membres du groupe d'étude, j'ai le plaisir de vous soumettre notre rapport à ce sujet.

Je vous remercie de l'excellente collaboration que vous-même et le personnel du Service correctionnel Canada avez apportée à cette entreprise.

Recevez l'assurance de mes meilleurs sentiments,

E.H. Botterell, O.C.,O.B.E.,M.D.,F.R.C.S.(C)
Président

## TABLE DES MATIÈRES


| | PAGE |
|---|---|
| PRÉFACE | VI |
| INTRODUCTION | VII |
| MEMBRES DU GROUPE D'ÉTUDE ET LEUR MANDAT | IX |
| CONCLUSIONS DU GROUPE D'ÉTUDE | X |
| RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS | XIII |
| RAPPORT DU GROUPE D'ÉTUDE: LES SUICIDES DANS LA RÉGION DE L'ATLANTIQUE | 1 |
| L'ÉTUDE DES SEPT CAS DE SUICIDE | 3 |
| Introduction : L'impact de la sous-culture carcérale sur les suicides dans les établissements de la région de l'Atlantique - 1983 | 3 |
| Observations générales | 5 |
| Cas 1 | 7 |
| Cas 2 | 9 |
| Cas 3 | 10 |
| Cas 4 | 12 |
| Cas 5 | 14 |
| Cas 6 | 18 |
| Cas 7 | 20 |
| RÔLE DU SERVICE D'AUMÔNERIE | 24 |
| ÉTUDE SUR LE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE DORCHESTER, DE SPRINGHILL ET DE WESTMORLAND: CONCERNANT LE RAPPORT SUR LES SEPT SUICIDES | 27 |
| Les directeurs d'établissement | 29 |
| ANALYSE STATISTIQUE DES SUICIDES SURVENUS DANS LES PÉNITENCIERS FÉDÉRAUX DE LA RÉGION DE L'ATLANTIQUE: BUREAU DES CONSEILLERS EN GESTION | 31 |
| ÉTUDE DE RAPPORTS DE CONTRÔLE DE LA GESTION ET DE CERTAINS SERVICES AUX DÉTENUS - BUREAU DE L'INSPECTEUR GÉNÉRAL | 35 |
| Services de gestion des cas | 35 |
| Programmes de gestion des cas | 36 |
| Entrevues avec le personnel de gestion des cas | 38 |
| Processus de griefs | 40 |
| Services de psychologie | 41 |
| Services d'aumônerie | 43 |

PAGE

ENTRETIENS AVEC LES EMPLOYÉS ..... 45

Délégué syndical, Springhill ..... 45
Réanimation cardiopulmonaire ..... 46
Équipe de nuit ..... 47
Transfèrements interrégionaux ..... 48
Emploi et salaire des détenus ..... 50
Perceptions du personnel des établissements ..... 51

RAPPORT DU BUREAU DES CONSEILLERS EN GESTION, AOÛT 1981 - DOCUMENTATION ..... 53

Instruments coupants ..... 53

PRÉVENTION DES SUICIDES ..... 54

Liste des détenus suicidaires - "papillon rouge" ..... 55
CONAID ..... 56
Programme de recherche prospectif, multidisciplinaire et faisant appel à plusieurs centres ..... 60

SERVICES MÉDICAUX ET DE SANTÉ ..... 62

Préface ..... 62
Rôle et responsabilités des professionnels des services médicaux et de santé ..... 64
PSYCHIATRIE ..... 66
Examen psychiatrique de sélection à l'admission ..... 66
Surveillance étroite ..... 68
Services psychiatriques - Dorchester ..... 75
Surcharge de travail subie par les services psychiatriques - Dorchester ..... 76
Unité psychiatrique régionale - Dorchester ..... 78
Services psychiatriques - Springhill ..... 80
Psychiatrie-psychologie - Centre de santé - Communauté thérapeutique - Springhill ..... 80
Centre de santé et directeur adjoint, Services de santé (Springhill) ..... 82
MÉDECINE GÉNÉRALE ET SOINS INFIRMIERS ..... 82
Centre de santé de Dorchester ..... 82
Centre de santé de Springhill ..... 85
Infirmier à temps plein: Éducation ..... 88

LE SUICIDE PAR PENDAISON ..... 90

Réception et admission ..... 90

PAGE

LES SEPT SUICIDES - CAUSE DES DÉCÈS ..... 92

Autopsies ..... 92
Réanimation ..... 94
Réaction du personnel en cas de suicide ..... 97
Établissement de Westmorland ..... 98

CARTE MÉDICALE DE TRANSFÈREMENT - "PAPILLON ROUGE - SURVEILLANCE ÉTROITE" ..... 98

CONSIDÉRATIONS À LONG TERME ..... 101

Nature et impact du milieu carcéral ..... 101
Services psychiatriques ..... 101
Incarcération des détenus de Terre-Neuve ..... 102

**ANNEXES**

I Lettre du professeur Kaill en date du 26 janvier 1984

II Bureau des conseillers en gestion 1983
"Analyse statistique des suicides dans les pénitenciers fédéraux de la région de l'Atlantique"

III Étude Burtch-Ericson, 1979

IV Critères de surveillance des détenus aux tendances suicidaires, pénitencier de Dorchester, 1983

V Formule de renseignements, établissement de Springhill

VI Comparaison entre les critères de Dorchester et ceux de l'étude Burtch-Ericson

VII Formule d'antécédents médicaux SCC 416 (5/80)

VIII Carte médicale de transfèrement et enveloppe, telles que proposées

## PRÉFACE

Chaque membre du groupe d'étude a préparé un document qui a ensuite été soumis à l'ensemble du groupe. Ces documents sont à la fois instructifs, critiques et constructifs. De plus, la SCC dispose d'étude de cas détaillées.

Le président remercie les membres du groupe d'étude de leur esprit de tolérance et de collaboration dans la préparation du rapport final.

## INTRODUCTION

Voici le rapport que le groupe d'étude a soumis au Commissaire du Service correctionnel sur sept suicides survenus dans les établissements de la région de l'Atlantique entre le 17 février 1983 et le 25 août 1983.

Le groupe d'étude remercie le Commissaire d'avoir gracieusement accepté de reporter l'échéancier du rapport.

Il convient de mentionner la composition largement diversifiée du groupe d'étude qui comprend le professeur Robert C. Kaill, PhD., Directeur, "Atlantic Institute of Criminology", Dalhousie University; M. John Fagan, Directeur des services correctionnels de Terre-Neuve jusqu'à sa récente retraite et ancien directeur, "Her Majesty's Penitentiary" à Saint-Jean; le Docteur S.N. Akhtar, psychiatre en médecine légale à l'Hôpital de Nouvelle-Écosse de Dartmouth; W.F. McCabe, de la Société John Howard de l'Ontario à Kingston; et le Docteur E.H. Botterell, Président, ancien doyen de médecine et directeur adjoint des sciences de la santé, et professeur émérite de l'Université Queen's à Kingston.

Il convient aussi de mentionner le concensus évident entre les membres du groupe à la suite de leurs visites respectives au pénitencier de Dorchester et aux établissements de Springhill et de Westmorland. Chaque membre a porté une attention spéciale au point de vue des détenus et du personnel dans le cadre de sa propre sphère d'intérêt et d'expertise. De plus, M. Fagan et le président se sont spécialement intéressés à une vue d'ensemble des trois établissements.

Il convient d'attirer l'attention à l'annexe 1, une lettre du professeur R.C. Kaill (en date du 26 janvier 1984) dans laquelle il déplore le fait qu'aucun psychologue ne faisait partie du groupe d'étude.

Le groupe d'étude remercie sincèrement tous les membres du personnel du Service correctionnel du Canada qui nous ont prêté assistance avec courtoisie et obligeance: les membres du personnel de l'Administration centrale à Ottawa et de l'Administration de la région de l'Atlantique et les directeurs ainsi que le personnel du pénitencier de Dorchester et des établissement de Springhill et de Westmorland.

Le groupe d'étude est reconnaissant aux détenus de la franchise de leurs opinions: le président a rencontré les membres des comités de détenus de Dorchester et de Springhill, le Dr. Akhtar aussi, mais en d'autres occasions. Les membres du groupe ont aussi rencontré d'autres détenus individuellement et tiennent à remercier tous les détenus qui se sont entretenus avec eux.

Nous remercions tout particulièrement Mme Maud Hody de l'Administration de la région de l'Atlantique, SCC, de ses dossiers pertinents et exhaustifs sur les sept cas de suicide; M. Marcel Chiasson, personne-ressource du groupe d'étude et notre agent de liaison avec l'Administration de la région de l'Atlantique et, par conséquent, avec les établissements; le Docteur Daniel Craigen, directeur général des Services médicaux et des services de santé et membre ex officio du groupe d'étude, de la sagesse et de la modération de ses propos au cours de nos discussions; Madame Doreen Sarazin, notre secrétaire administrative, dont la compétence en matière d'administration et les excellents comptes rendus représentent une énorme contribution à l'étude.

Le groupe d'étude est reconnaissant envers les représentants des comités consultatifs de citoyens des établissements de la région de l'Atlantique pour leurs critiques honnêtes, utiles et informées et leurs suggestions positives.

## LES MEMBRES DU GROUPE D'ÉTUDE

Dr E.H. Botterell, Président

Dr S.N. Akhtar

M. J. Fagan

Professeur R.C. Kaill

M. W.F. McCabe

## MANDAT

1. Enquêter par tous les moyens possibles sur les antécédents des sept cas de suicide survenus cette année dans la région de l'Atlantique.

2. Identifier tous les contacts que chacun a pu avoir au sein du milieu carcéral.

3. Déterminer si, parmi les détenus présents dans la région de l'Atlantique depuis le 1er janvier 1983, certains avaient été incarcérés au Québec ou dans d'autres régions avant leur arrivée dans la région de l'Atlantique.

4. Établir, s'il y a lieu, la corrélation entre les détenus transférés (réf. clause 4) et les détenus que l'on croit impliqués dans la sous-culture carcérale de la région de l'Atlantique (réf. clause 1).

## RAPPORTS HIÉRARCHIQUES

Le groupe d'étude relève du Commissaire du Service correctionnel et, par conséquent, du Solliciteur général du Canada.

## CONCLUSIONS DU GROUPE D'ÉTUDE

1. Dans chaque cas, on a pu identifier un niveau de stress qui s'avérait accablant pour l'individu.

2. Cinq des sept individus manifestaient des symptômes nettement identifiables de troubles émotifs, un autre était atteint d'une psychose.

3. Il est souvent difficile, tant pour les professionnels que pour les agents de correction, de faire la différence entre le détenu atteint de troubles émotifs qui est suicidaire, et le détenu atteint de troubles émotifs qui n'est pas suicidaire.

4. Les employés de l'établissement doivent prévenir immédiatement le centre de santé ou amener le détenu au centre de santé, par l'intermédiaire de l'agent principal, lorsqu'ils remarquent qu'un détenu souffre de troubles psychiques ou émotifs graves ou lorsqu'ils le soupçonnent d'être suicidaire.

5. Il est essentiel que l'administration, les agents de correction, les agents de gestion des cas et les psychologues, de même que le personnel médical/psychiatrique et infirmier des centres de santé unissent leurs efforts de prévention et de traitement des détenus qui risquent de se suicider.

6. Exception faite du cas de suicide à Westmorland, événement très rare dans un établissement à sécurité minimale, la rapidité et la compétence avec laquelle le personnel de sécurité a réagi est louable.

7. Pour favoriser la prévention et le traitement immédiat de la part du personnel des services médicaux et des services de santé, il est primordial que chaque employé de chaque service à l'établissement fasse preuve d'une méfiance bienveillante et intéressée face au risque de suicide chez les détenus souffrant de troubles émotifs et cliniquement dépressifs.

8. Dans le cadre de ses fonctions particulières, le psychologue doit collaborer à la prévention et au traitment du suicide en tant que membre de l'équipe de soins médicaux, infirmiers, psychologiques et psychiatriques.

9. Pendant la période où sont survenus les sept suicides, les services du SCC à Dorchester et à Springhill étaient insuffisants et réduits, surtout en ce qui a trait aux services directs aux détenus. C'est aussi pendant cette période qu'on effectuait le plus grand nombre de transfèrements externes et que la population générale augmentait, provoquant ainsi un changement important au niveau de la sous-culture carcérale.

10. Les lacunes au niveau des services directs font augmenter le stress chez les détenus vulnérables et augmentent les possibilités de suicide; les contacts et les conseils thérapeutiques étant réduits, les chances de prévenir le suicide le sont aussi.

11. L'Administration centrale du SCC n'a pas suffisamment tenu compte de l'impact des nombreux transfèrements sur la prestation des services de gestion des cas, de psychologie, de médecine et de santé y compris la psychiatrie, aux détenus des établissements d'arrivée de la région de l'Atlantique.

12. Il est essentiel de décentraliser les responsabilités en faveur de l'Administration de la région de l'Atlantique et des directeurs des établissements de Dorchester et de Springhill, afin de prévenir une augmentation excessive de la population carcérale et des transfèrements, laquelle entraîne une importante réduction et de nombreuses lacunes au niveau des services directs offerts aux détenus.

13. Dans leur document de travail respectif, chacun des membres du groupe d'étude insiste qu'il est de la plus haute importance que l'établissement d'arrivée reçoive la documentation en même temps que le détenu transféré. L'arrivée des documents plusieurs jours après l'arrivée du détenu transféré a entraîné de graves erreurs de jugement.

14. Un projet de recherche multidisciplinaire, réticulé et planifié de façon épidémiologique et biostatistique est requis pour améliorer l'identification et le traitement des détenus qui risquent de se suicider et pour empêcher de le faire.

15. Les suicides continueront à se produire de temps en temps en dépit de l'intérêt et du souci manifestés par tous les membres du personnel et malgré un système de surveillance apparemment efficace.

## RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

1. Il est recommandé que l'avis médical/psychiatrique sans équivoque du médecin en titre, concernant les soins médicaux/psychiatriques d'un patient-détenu qu'il soigne, ne peut être annulé par le directeur et/ou un comité, sauf dans des circonstances exceptionnelles ou dans des situations qui ne sont pas urgentes, et seulement après avoir pris connaissance de la documentation pertinente et consulté un deuxième spécialiste médical compétent. (8)

2. Il est recommandé:
   (a) que la documentation, y compris les dossiers médicaux, accompagnent le détenu au moment du transfèrement; et
   (b) d'utiliser la carte médicale de transfèrement proposée. (8)

3. Il est recommandé d'enjoindre tous les employés de l'établissement de prévenir immédiatement le centre de santé ou d'amener le détenu directement au centre de santé, par l'intermédiaire de l'agent principal, lorsqu'ils remarquent qu'un détenu semble souffrir de troubles psychiques ou émotifs graves ou lorsqu'ils le soupçonnent d'être suicidaire. (10)

4. Il est recommandé d'établir et d'imposer des mesures de contrôle plus strictes sur les jeux d'argent. (10)

5. Il est recommandé:
   (a) que les détenus enclins à la violence soient systématiquement placés en isolement et ce, dans tous les établissements; et

(b) d'envisager sérieusement le transfèrement interrégional des détenus qui expriment des craintes fondées pour leur sécurité personnelle. (13)

6. Il est recommandé que l'infirmière du centre de santé qui reçoit tous les détenus dans les premières 24 heures d'admission pour obtenir les antécédents médicaux, etc. prévienne immédiatement le médecin en titre de l'établissement et le service de garde lorsqu'un détenu semble prédisposé au suicide ou requiert des soins médicaux/psychiatriques pour des troubles émotifs graves ou anormaux. (15)

7. Il est recommandé que les portes de cellules des unités de réception soient faites de barreaux plutôt que de métal massif. (16)

8. Il est recommandé qu'un sommaire de la documentation médicale/psychiatrique, sous forme de carte médicale de transfèrement et signalant tout risque de suicide connu, accompagne le détenu au moment du transfèrement. Cette carte doit être lue par l'infirmier du centre de santé au moment de l'admission du détenu. (16)

9. Il est recommandé que deux cellules du centre de santé soient surveillées par des moyens électroniques. Cette télésurveillance doit être réservée uniquement aux cellules occupées par des détenus qui présentent un risque élevé. Elle n'est pas considérée comme étant préférable aux soins cliniques administrés par un personnel suffisamment nombreux. (16)

10. Il est recommandé que le Service correctionnel du Canada fasse en sorte que les détenus sous responsabilité fédérale à Terre-Neuve aient la possibilité de purger leur peine dans leur province d'origine. (18)

11. Il est recommandé:

(a) que les voies de communication entre l'établissement de Westmorland et le centre de santé de Dorchester soient ouvertes et bien définies; et

(b) d'aviser le service infirmier du centre de santé de Dorchester d'être à la disposition de l'établissement de Westmorland pour toute situation, qu'elle soit urgente ou non. (22)

12. Il est recommandé que le service d'aumônerie collabore avec le groupe de professionnels (médecin, psychiatre, infirmier, psychologue) responsable du traitement médical/psychiatrique des patients-détenus souffrant de troubles émotifs, dans le but de prévenir les suicides. (23)

13. Il est recommandé que des moyens d'éducation permanente soient régulièrement utilisés par le personnel administratif et correctionnel et le service d'aumônerie en vue:

(a) d'identifier et de promptement signaler au centre de santé, par l'entremise de l'agent principal, les détenus qui manifestent des symptômes de troubles émotifs et/ou psychiques; et

(b) de colaborer étroitement avec l'équipe professionnelle responsable du traitement médical/psychiatrique, psychologique et infirmier des patients-détenus atteints de troubles émotifs. (23)

14. Il est recommandé:

(a) de fournir au personnel de l'établissement de Westmorland la formation requise pour s'occuper des tentatives de suicides avec efficacité et dans les plus brefs délais;

(b) que soient présent à chaque roulement d'équipe, au moins deux membres du personnel qui sont qualifiés pour pratiquer la réanimation cardiopulmonaire et utiliser l'apareil AMBU; et

(c) qu'une trousse de réanimation cardiopulmonaire contenant un appareil AMBU, un masque à oxygène, une canule et un petit ballon d'oxygène, soit gardée assemblée et en parfait état de fonctionner à l'établissement de Westmorland. (23)

**15.** Il est recommandé que, à moins qu'il ne soit possible d'augmenter le personnel du service de gestion des cas de façon considérable, le Manuel de gestion des cas soit mis au rencart ou complètement révisé et que le rôle de l'agent de gestion des cas soit redéfini, afin qu'un rapport réaliste entre les exigences du Manuel et le personnel qualifié soit disponible, ce qui favorisera l'initiative dans les rapports avec les détenus en difficulté. (33)

**16.** Il est recommandé que le nombre de cas que doit traiter chaque agent de gestion des cas ne dépasse pas 40.

**17.** Il est recommandé qu'un psychologue soit embauché dans chaque établissement afin:

(a) qu'il établisse des rapports étroits avec le centre de santé, qu'il en devienne un membre actif, c'est-a-dire un collègue et un conseiller dans ses rapports avec les équipes de traitements médicaux, psychiatriques et infirmiers, surtout en ce qui concerne le suicide;

(b) qu'il favorise une étroite liaison entre le centre de santé et le groupe de la gestion des cas, y compris le service de psychologie; et

(c) qu'il encourage les psychiatres et les psychologues à collaborer davantage au traitement des détenus qui souffrent de troubles émotifs ou psychiques (y compris les cas de dépression clinique) et les détenus qui présentent des risques de suicide.

18. Il est recommandé que le directeur régional des Communications élabore un programme qui inciterait les médias de la région à dédramatiser le suicide d'un détenu et à le traiter avec plus de compassion pour les proches, comme pour les suicides à l'extérieur des pénitenciers. (39)

19. Il est recommandé que les avis de suicide soient retardés jusqu'à ce que l'on puisse donner le nom de la personne décédée, en y ajoutant la remarque "... la famille a été prévenue." (39)

20. Il est recommandé que lorsque le personnel pouvant servir de relève est en patrouille plutôt qu'à un poste fixe, celui-ci soit relié au poste central par radio "walkie-talkie" afin de pouvoir répondre le plus rapidement possible en cas tentative de suicide. (40)

21. Il est recommandé que des dispositions soient prises à l'établissement de Springhill pour que l'arrivée de l'infirmier avec l'appareil AMBU se fasse plus rapidement qu'à l'heure actuelle lorsque se présente un cas de suicide. (41)

22. Il est recommandé d'étudier la possibilité d'améliorer l'accès entre le centre de santé et l'ensemble des locaux cellulaires à l'établissement de Springhill. (41)

23. Compte tenu de ce qui précède, il est recommandé d'ajouter au personnel de nuit de l'établissement de Springhill:

    (a) un deuxième infirmier autorisé ou un assistant médical qui serait affecté au centre de santé; et

    (b) un agent de correction supplémentaire qui serait affecté aux cellules de l'unité d'admission. (42)

24. Il est recommandé:

(a) que l'Administration centrale limite le nombre de détenus, inclus dans un transfèrement global, reçus dans un établissement d'arrivée, afin de permettre l'absorption rapide et ordonnée de ces détenus et de la documentation les concernant; et

(b) que la fréquence de ces transfèrements soit, elle aussi, soigneusement contrôlée afin d'éviter que l'effectif des établissements d'arrivée ne soit surchargé. (43)

25. Il est recommandé que les administrations régionales aient un droit de véto sur le transfèrement interrégional de groupes de détenus trop nombreux, ou sur la fréquence excessive des transfèrements de groupe vers les établissements de Dorchester ou de Springhill. (44)

26. Il est recommandé:

(a) que l'instrument coupant à bout émoussé, semblable à des ciseaux à métal, utilisé à Dorchester soit distribué à l'échelle du pays afin qu'il soit immédiatement remis aux personnes affectées à la patrouille de contrôle; et

(b) que des recherches soient entreprises pour trouver ou mettre au point un instrument plus efficace encore pour couper la corde, dans le cas de pendaison, même si le cou est enflé.

27. Il est recommandé que le pénitencier de Dorchester considère la possibilité d'utiliser un système comme CONAID. (50)

**28.** Il est recommandé:

(a) que tout le personnel des établissements reçoive régulièrement des données sur le suicide en général et sur le suicide en milieu carcéral en particulier;

(b) que les psychiatres et les psychologues en titre tiennent des ateliers d'éducation permanente; et

(c) que des conférenciers de l'extérieur soient invités pour améliorer les connaissances et les compétences des employés face à ce phénomène. (51)

**29.** Il est recommandé d'entreprendre éventuellement un programme de recherche multidisciplinaire, réticulé, à long terme, dans une perspective épidémiologique et biostatistique mettant en cause les spécialités suivantes: psychiatrie, psychologie, neurologie, médecine et soins infirmiers. Avec l'aide d'un laboratoire complet, le programme viserait à mieux identifier les détenus potentiellement suicidaires et à améliorer la prévention et le traitement de ceux-ci. (54)

**30.** Il est recommandé que, pour toute question concernant le soin des patients, le SCC reconnaisse explicitement la responsabilité et l'autorité professionnelle (fonctionnelle) du médecin à temps partiel (contractuel) et du psychiatre à temps partiel (contractuel). (57)

**31.** Il est recommandé que tous les professionnels travaillant auprès des patients dans les centres de santé détiennent un permis de la province d'emploi. Cette recommandation s'applique aux médecins, aux dentistes, aux infirmières, aux psychologues et aux autres professionnels de la santé. (57)

**32.** Il est recommandé que l'infirmière et le médecin en titre fassent subir à chaque nouveau détenu un bref examen psychiatrique dans le but d'identifier les problèmes psychiatriques possibles, y compris les tendances suicidaires. (58)

**33.** Il est recommandé que l'infirmier ajoute les quatre questions supplémentaires suivantes à la formule SCC 416 et qu'il les pose avec délicatesse:

1. Avez-vous déjà été admis (a) dans un hôpital psychiatrique; (b) au service psychiatrique d'un hôpital général?
2. Avez-vous déjà fait une dépression (nécessitant un traitement médical) qui a duré plus d'une semaine?
3. Vous êtes-vous déjà senti déprimé au point de penser à vous suicider ou de tenter de vous suicider?
4. Avez-vous déjà été traité dans une clinique psychiatrique ou par un psychiatre de pratique privée? (59)

**34.** Il est recommandé d'adopter un système selon lequel tout le personnel serait officiellement avisé du risque de suicide chez un détenu atteint de troubles émotifs: la "surveillance étroite". (60)

**35.** Il est recommandé:

(a) que toutes les catégories d'employés qui ont des contacts personnels avec les détenus, i.e., agent de sécurité et de gestion des cas, psychologues, psychiatres, médecins, infirmiers etc., puissent entamer le processus de "surveillance étroite" en remplissant la carte appropriée concernant un détenu qui est perçu comme étant gravement suicidaire; et

(b) que la carte indique les raisons pour lesquelles on juge que le détenu risque de se suicider. (61)

**36.** Il est recommandé que, dès que la "carte de surveillance étroite" est remplie, le détenu soit immédiatement signalé au centre de santé ou y soit conduit par l'entremise de l'agent principal de service; et que le médecin en titre, sur l'avis du psychiatre ou du psychologue consultant proposé du centre de santé, décide qu'une "surveillance étroite" soit exercé ou non. (61)

**37.** Il est recommandé:

(a) que dans les 48 heures suivant la mise sous "surveillance étroite", le cas soit étudié par l'équipe médicale/psychiatrique dirigée par le médecin de l'établissement et comprenant le psychologue, le psychiatre consultant et l'infirmier;

(b) que si l'équipe juge que le risque de suicide est important, le détenu soit alors transféré au service hospitalier du centre de santé s'il n'y est pas déjà, sous la surveillance globale du médecin en titre et les soins du psychiatre consultant. Les détenus de l'établissement de Westmorland doivent être admis au centre de santé de l'établissement de Dorchester;

(c) que le patient/détenu au centre de santé reçoive un programme de soins médicaux et infirmiers semblable à celui qui est offert à ce type de patient dans les hôpitaux psychiatriques ordinaires; et

(d) que ce programme soit appliqué jusqu'à ce que l'équipe médicale/psychiatrique, dirigée par le médecin en titre et conseillée par le psychiatre, juge que le détenu/patient n'est plus suicidaire et n'a plus besoin de "surveillance étroite". (62)

**38.** Il est recommandé:

(a) que soit accru le service psychiatrique au pénitencier de Dorchester en portant à au moins cinq demi-journées par semaine la durée des visites du psychiatre consultant et que ce dernier, ou un suppléant, soit de garde en permanence en cas d'urgence; qu'à l'établissement de Springhill, au lieu de trois demi-journées, le psychiatre soit présent cinq demi-journées par semaine, et que lui, ou un suppléant, soit de garde en permanence en cas d'urgence;

(b) qu'une unité psychiatrique de dix à quinze lits soit établie dans le service hospitalier de Dorchester pour recevoir et traiter les détenus qui ont des tendances suicidaires ou d'autres troubles psychiques pouvant être traités;

(c) que deux lits psychiatriques soient installés dans le centre de santé de Springhill pour permettre la surveillance étroite, peut-être électronique, et le traitement des détenus profondément suicidaires ou atteints de troubles psychiques et émotifs, en attendant qu'ils soient transférés à l'aile psychiatrique de Dorchester ou dans un hôpital provincial;

(d) que le poste des soins infirmiers de l'aile psychiatrique de Dorchester soit situé du même côté que les cellules de l'hôpital afin de favoriser une observation continue des patients par le biais de contacts avec le personnel infirmier;

(e) qu'un agent de sécurité soit toujours présent dans le service hospitalier de Springhill afin de faciliter l'entrée dans toutes les cellules de l'hôpital. (Sinon, il faudrait considérer la possibilité de laisser la clé des cellules à l'infirmier tout en prenant les précautions nécessaires pour éviter que la clé ne soit perdue ou que les détenus ne s'en emparent)

(f) que toutes les infirmiers embauchés par le Service correctionnel du Canada soient tenus de suivre, pendant au moins huit à douze semaines, un stage axé surtout sur la formation en psychiatrie. Une partie du stage se déroulerait dans le service médico-légal d'un hôpital psychiatrique, par exemple, l'Hôpital de Nouvelle-Écosse, l'Institut Pinel ou l'Institut Clark; et

(g) que soit considéré essentiel l'établissement de l'unité psychiatrique proposée de dix à quinze lits à Dorchester, à titre d'hôpital psychiatrique provincial officiellement reconnu. Autrement, les patients-détenus psychotiques, les patients schizophrènes suicidaires par exemple, ne peuvent être "internés" et être tenus de prendre les médicaments qui leur sont nécessaires. Les établissements du SCC ne sont pas deshôpitaux psychiatriques assujettis à la loi provinciale sur la santé mentale, et de ce fait les détenus n'y sont pas "internés". (64)

**39.** Il est recommandé que le plus rapidement possible, un nombre suffisant d'infirmiers intéressés soient envoyés suivre, dans un hôpital universitaire ou provincial, les cours qui s'imposent ou reçoivent une formation "sur le tas" en psychiatrie et particulièrement en psychiatrie pénologique et en médecine légale psychiatrique. (67)

**40.** Il est recommandé qu'une entente soit convenue entre le SCC et les hôpitaux psychiatriques provinciaux pour que les patients-détenus du SCC, qui sont gravement psychotiques ou qui requièrent un programme spécial, puissent être transférés promptement et recevoir les soins psychiatriques requis. (70)

41. Afin que le centre de santé et le service de psychologie de l'établissement procurent le plus de soins possible aux détenus, il est recommandé,

(a) qu'à Springhill, le point d'attache de la psychiatrie pour le traitement des patients, y compris les suicidaires, soit relogé dans le centre de santé dans les meilleurs délais;

(b) que, si possible, les services de psychologie et les centres de santé des établissements soient situés près l'un de l'autre; et

(c) que les médecins, infirmiers, psychiatres et psychologues de l'établissement soient encouragés à collaborer à l'élaboration de programmes traitant les détenus qui manifestent des problèmes psychologiques ou des problèmes de comportement, et les patients-détenus qui souffrent de maladie mentale (y compris les dépressifs cliniques). (72)

42. Il est recommandé que le directeur de Dorchester rassure régulièrement le comité de détenus au sujet des médicaments prescrits. (74)

43. Dans le but: i) de permettre aux infirmiers de conserver leur pleine capacité d'affronter les pressions mentales et émotives constantes et la tension inhérente au travail dans les établissements à sécurité moyenne et maximale; (ii) d'éviter les roulements excessifs d'infirmiers expérimentés; (iii) de permettre aux infirmiers de fournir les meilleurs soins possibles aux patients et un traitement immédiat et efficace des cas potentiellement suicidaires, il est recommandé que le contrat de travail des infirmiers travaillant en établissement à sécurité maximale et moyenne leur accorde un congé payé:

(a) d'au moins dix jours ouvrables consécutifs à chaque année pour suivre des cours de perfectionnement en médecine et en psychiatrie, ceci en plus des cinq jours déjà autorisés; ce congé ne pouvant être cumulatif; et

(b) dans le cadre d'un système de congés sabbatiques à tous les cinq ans, un maximum de cinquante jours ouvrables, à raison de dix par année, pour permettre à l'infirmier de refaire ses forces intellectuelles et émotives; il serait rémunéré à 50, 75 et 100% de son traitement, respectivement, après une, deux et trois périodes de cinq ans de service. Pour bien répondre à son objectif, le congé sabbatique ne peut être cumulatif et doit être pris au moment prévu. (79)

**44.** Il est recommandé que les infirmiers ne fassent pas d'heures supplémentaires pour compenser les périodes de vacances, de cours de perfectionnement ou de congé sabbatique des autres membres du personnel infirmier du centre de santé. (80)

**45.** Il est recommandé que pendant les fins de semaine, les vacances et le quart de nuit, l'unité de réception requiert la surveillance, l'attention et la direction d'un agent principal de correction, de même qu'une augmentation du personnel, soit un deuxième agent de correction. (81)

**46.** Dans les cas où le coroner ne damande pas d'autopsie, il est recommandé que le SCC prenne toutes les mesures nécessaires pour que l'autopsie soit pratiquée dans un hôpital général doté d'un service de pathologie et d'un pathologiste et <u>situé le plus près</u> possible de l'établissement. (82)

**47.** Il est recommandé de considérer de nouveau la nécessité de fermer les cellules à double tour et d'interdir au personnel de porter des clefs dans le bloc cellulaire de Springhill où les détenus sont à faible risque et ne sont pas censés être dangereux. (85)

**48.** Il est recommandé qu'un deuxième infirmier ou un "assistant médical" qualifié et diplômé, ou encore un infirmier auxiliaire diplômé, soit en service au centre de santé pour le quart de nuit. (86)

**49.** Il est recommandé:

(a) que le SCC élabore une carte médicale de transfèrement et une enveloppe à en-tête qui seront distribuées dans tous les établissements correctionnels, prisons, établissements provinciaux et établissements du SCC du Canada;

(b) que la carte médicale de transfèrement soit signée par le médecin ou l'infirmier de l'établissement d'origine;

(c) que la carte médicale de transfèrement soit placée dans une enveloppe scellée et jointe au mandat de transfèrement de chaque détenu;

(d) que le SCC déclare sans équivoque qu'aucun établissement du SCC ne sera autorisé à accepter un détenu transféré sans sa carte médicale de transfèrement;

(e) que la carte médicale de transfèrement soit ouverte seulement par l'infirmier de l'établissement de réception, sauf en cas d'urgence; et

(f) que le SCC établisse la méthode d'acheminement de la carte médicale de transfèrement à l'établissement de réception de manière à assurer:

(i) le caractère confidential médical,

(ii) que, si un "papillon rouge" est joint à la carte pour signaler le risque de suicide, ou si le détenu requiert une observation spéciale parce qu'il souffre de diabète, d'épilepsie ou d'une maladie semblable, le médecin en titre, l'unité de réception et le gardien chef soient immédiatement avertis. (89)

50. Il est recommandé qu'une enquête soit entreprise sur l'expérience des détenus dans les établissements fédéraux, dans le but d'acquérir une meilleure connaissance du milieu institutionnel et d'élaborer des moyens de réduire les pressions sociales négatives éprouvées par les détenus. (91)

# RAPPORT DU GROUPE D'ÉTUDE: LES SUICIDES DANS LA RÉGION DE L'ATLANTIQUE

Le directeur général des Services médicaux et de santé informe le groupe d'étude que la **politique du ministère de la Justice est de maintenir la santé des détenus et d'en sauvegarder la vie dans les établissements du Service correctionnel du Canada.** Le suicide est la cause la plus commune de décès chez les détenus du Service correctionnel du Canada. Du 1er janvier au 31 octobre 1983, sur 38 décès, 17 étaient des suicides. Pour l'année 1982, sur 37 décès, on compte 15 suicides.

Dès le début de la première réunion, les membres du groupe se sont engagés à étudier les problèmes reliés aux sept cas de suicide survenus dans les établissements du SCC de la région de l'Atlantique. Ces sept suicides se sont produits au cours des trois premiers trimestres de 1983, soit entre le 17 février et le 25 août 1983. C'est plus de deux fois le nombre de suicides survenus dans la période de cinq ans entre 1978 et 1982, alors qu'il y eut quatre suicides dans la région de l'Atlantique.

Le fait que les trois membres du groupe qui viennent de la région de l'Atlantique soient particulièrement bien documentés sur le fonctionnement des établissements du SCC dans cette région démontre l'importance que les gens de cette région attachent à la signification de ces sept suicides survenus dans une période si brève: trois à l'établissement de Dorchester, pénitencier à sécurité maximale; trois à celui de Springhill, établissement à sécurité moyenne; et un à celui de Westmorland, établissement à sécurité minimale. Le nombre des suicides, soit sept dans la région de l'Atlantique au cours des sept premiers mois de 1983, est exceptionnel et constitue sans équivoque une augmentation statistiquement significative comparativement aux cinq années précédentes. Les autres régions du Service correctionnel du Canada n'ont pas connu en 1983 une hausse particulièrement élevée du nombre des suicides.

Les objectifs consistaient à (a) déterminer les facteurs qui auraient pu causer ou hâter le suicide de ces sept individus; (b) améliorer le repérage des détenus suicidaires de même que la prévention des tentatives de suicide; (c) prévenir le suicide par le recours immédiat à la réanimation cardiopulmonaire [illegible].

Le groupe a reconnu que la décision de se suicider dépend d'un nombre considérable de variables: des facteurs de stress **exogènes** comme la peur, la solitude et des problèmes conjugaux et familiaux; des facteurs **endogènes** propres à l'individu comme un dysfonctionnement biochimique du système nerveux central. Ce dernier peut requérir un traitement médical général ou un traitement psycho-pharmacologique.

L'équipe estime que l'étude des sept cas de suicide au sein de la collectivité fermée du SCC doit comprendre les grands thèmes suivants:

1. **L'étude de chaque suicide pris individuellement:** Un dossier de cas complet a été élaboré à partir des sources suivantes: les rapports des enquêtes internes des établissements; le dossier exhaustif rédigé par le Bureau régional du SCC de la région de l'Atlantique, y compris les rapports de libération conditionnelle; les rapports des coroners, y compris les rapports d'autopsie; un rapport d'enquête criminelle; et d'autres documents.

2. **L'étude du fonctionnement des trois établissements; le pénitencier de Dorchester et l'établissement de Springhill comptant chacun trois suicides et l'établissement de Westmorland, un suicide.** Une attention spéciale a été portée aux services qui offrent des services directs aux détenus comme ceux de gestion des cas, de psychologie, les services médicaux et de santé y compris ceux de la psychiatrie, et le service des visites et de la correspondance.

   Des recommandations seront formulées, traduisant les opinions mûrement réfléchies de l'équipe.

3. **L'étude de l'ensemble du système opérationnel du SCC** et les effets qu'il aurait pu avoir sur les systèmes opérationnels des trois établissements à l'étude et, par conséquent, sur (a) certains détenus au sein de la population générale et (b) les septs détenus qui se sont donnés la mort.
4. **L'étude des peines d'une durée plus longue** qui pourrait peut-être permettre de repérer les politiques opérationnelles du SCC accentuant le châtiment, c'est-à-dire la perte de la liberté, du fait qu'elles accroissent le stress et probablement le taux de suicide.

## L'ÉTUDE DES SEPT CAS DE SUICIDE

**Introduction: L'impact de la sous-culture carcérale sur les suicides dans les établissements de la région de l'Atlantique - 1983**

Lorsque des individus se retrouvent dans un espace confiné pendant une certaine période de temps, des structures sociales naissent invariablement. Dans le contexte pénitentiaire, cela implique que des sous-cultures carcérales se développent et se transforment lorsque l'on apporte des modifications importantes à la catégorie des infracteurs, à la durée des peines et au niveau de sécurité des établissements.

Les sous-cultures carcérales partagent plusieurs normes et valeurs de la société à l'extérieur de la prison. Par exemple, on exige la fidélité au groupe en échange d'une sécurité relative fournie aux membres. La norme de réciprocité est évidente elle aussi: un service rendu exige un service en retour. Enfin, on exige que les membres reconnaissent "l'ennemi" (le personnel), lui résistent et ne lui accordent que le minimum de coopération.

Il n'est pas déraisonnable de la part du groupe de détenus de qualifier les membres du personnel "d'ennemis". Bien que le SCC se soit engagé à travailler à la réadaptation des détenus ou à mettre en oeuvre d'autres principes "d'aide", la première tâche du personnel d'une prison est d'appliquer la peine de détention imposée par les tribunaux. Il ne s'agit pas ici de laisser entendre que les fonctions correctionnelles ne peuvent être remplies de façon positive, constructive et humaine.

D'autre part, les sous-cultures carcérales se distinguent de la société en général à bien des points de vue. Puisque leurs membres sont, par définition des déviants, ils ont tendance à tolérer ou à approuver des comportements qui seraient considérés comme inacceptables dans la société en général. C'est ainsi que l'on tolère les jeux d'argent, l'usage abusif des stupéfiants, les expériences homosexuelles, le "traitement brutal" d'autres détenus pour obtenir des biens et des services, tant légitimes qu'illégitimes. Étant donné l'image de soi macho, l'expression de sentiments profonds est rejetée comme étant un signe de faiblesse ou d'efféminement.

Bien que les prisons soient officiellement et en définitive contrôlées par le personnel, les détenus exercent une influence tant directe qu'indirecte sur leur fonctionnement quotidien. Quand des changements surviennent au niveau du milieu carcéral, la circulation des objets interdits peut s'accroître ou décroître. Il est probable que la distribution des articles légitimes (comme les produits des cantines) sera affectée elle aussi. Même les prérogatives du personnel subissent l'influence des détenus. Les placements en cellule et au travail, les autorisations de congés et d'autres privilèges ne sont pas à l'abri de ce processus. Par exemple, il est relativement simple d'entraîner dans une bagarre un détenu considéré par ses pairs comme étant "dissident" pour le discréditer et l'empêcher d'obtenir une appréciation favorable en vue d'un congé.

Néanmoins, dans une perspective administrative, la stabilité du milieu carcéral contribue à l'adoucissement au niveau du contrôle et de la gestion quotidienne.

Tout événement qui déstabilise le milieu carcéral crée des problèmes pour le personnel de l'établissement.

Le **surpeuplement**, par exemple, peut être la source de nombreuses irritations légères chez les détenus, se traduisant par une augmentation des niveaux de tension.

Le **mouvement transitoire** des détenus peut aussi perturber le fonctionnement du milieu carcéral surtout si les nouveaux venus souscrivent à des normes qui diffèrent de celles qu'ont adoptées les détenus déjà en place. L'arrivée d'un nombre important d'étrangers venus d'autres régions peut provoquer une lutte pour le pouvoir au sein de la collectivité de détenus.

Ces problèmes et d'autres encore seront repris dans la perspective de leur lien avec les sept suicides. Ces sept dossiers de cas ont été examinés à maintes reprises. L'objectif du groupe est d'identifier les problèmes inhérents au système pénitentiaire et de formuler des recommandations qui pourraient entraîner des améliorations au système dans le but de "maintenir la santé des détenus et d'en sauvegarder la vie": soit la prévention des suicides.

Nous avons pris grand soin d'éviter de porter des jugements rétrospectifs, c'est un procédé des plus fallacieux.

**Observations générales**

Certaines observations générales s'imposent:

1. **Les soins psychiatriques:** Six des sept cas ne recevaient pas de soins psychiatriques et n'avaient pas été examinés par un

psychiatre.

Six des sept suicidés n'étaient pas inscrits sur une liste de détenus aux tendances suicidaires.

2. **Les troubles émotifs:**

Au sens large du terme, les "troubles émotifs" englobent les problèmes continus ou chroniques de même que le malaise aigü provoqué par des événements récents de la vie du détenu. Dans le présent rapport, le terme traduit un sentiment de détresse subjective ressentie par le détenu et entraînant une impulsion suicidaire. Ce sentiment de détresse n'est pas uniquement relié aux problèmes judiciaires du détenu, ni à l'acte de suicide lui-même, mais aux symptômes et aux manifestations de troubles émotifs.

3. À la suite du transfèrement de trois des sept cas de suicide, la documentation médicale et psychologique pertinente est parvenue en retard aux établissements d'arrivée.

4. **Le nombre de suicides - sept - à l'étude** exige que les conclusions et recommandations soient tirées principalement d'un examen intensif de chaque cas en fonction du système du SCC.

**Cas #1 -**

**. La décision de transférer le Cas 1 fut prise par le Comité médical de socialisation dont la majorité des membres, y compris le directeur, ne sont pas des professionnels de la santé.** Lors de la première rencontre avec le groupe d'étude, le directeur déclarait que si des circonstances semblables se reproduisaient, il prendrait encore la même décision.

Le problème qui se pose ici est double: l'appropriation de la responsabilité des soins psychiatriques par le comité médical de socialisation et/ou le directeur crée une situation impossible. Il est reconnu qu'une double responsabilité existe. Le médecin a des responsabilités professionnelles et légales; le directeur a lui aussi des responsabilités légales à l'endroit des détenus de son établissement. S'il devait y avoir une politique d'annulation systématique des décisions professionnelles des médecins, il serait extrêmement difficile de garder ou de recruter un psychiatre ou un omnipraticien compétent.

**La documentation complète relative au traitement psychiatrique et au risque de suicide n'a pas été transférée en même temps que patient-détenu.** (Point souligné par le groupe d'étude.)

Le groupe s'inquiète du **processus** décisionnel utilisé dans le présent cas et de son effet sur le recruitement de futurs psychiatres et médecins compétents.

**Recommandation**

1. Il est recommandé que l'avis médical/psychiatrique sans équivoque du médecin en titre concernant les soins médicaux/psychiatriques d'un patient-détenu qu'il soigne ne puisse être annulé par le directeur et/ou

un comité, sauf dans des circonstances exceptionnelles, ou dans des situations qui ne sont pas urgentes, et seulement après avoir pris connaissance de la documentation pertinente et consulté un deuxième spécialiste médical compétent.

2. Il est recommandé:

(a) que la documentation, y compris les dossiers médicaux, accompagnent le détenu au moment du transfèrement; et

(b) d'utiliser la carte médicale de transfèrement proposée.

**Cas #2**

Il semble que d'importantes données contenues dans un excellent rapport preparé par le psychologue de Springhill, probablement au mois d'août 1978, n'ait rejoint ni le service de gestion des cas, ni le psychologue, ni le centre de santé de Dorchester en 1983.

Le dossier préparé par le psychologue de Dorchester en 1983 semble indiquer que l'effondrement possible des mécanismes de défense tel que mentionné par le psychologue de Springhill en 1978, est en voie de se concrétiser.

Aucun document préparé en 1983 par le psychologue de Dorchester au sujet du Cas 2 ne fait mention de suicide. Le Cas 2 n'était pas inscrit sur une liste de détenus aux tendances suicidaires.

Il y a de fortes raisions de penser que le suicide du Cas 2 fut jusqu'à un certain point déclenché par le suicide du Cas 1 survenu deux jours plus tôt.

**Recommandation**

3. Il est recommandé d'enjoindre tous les employés de l'établissement de prévenir immédiatement le centre de santé ou d'amener le détenu directement au centre de santé par l'entremise du gardien chef, lorsqu'ils remarquent qu'un détenu semble souffrir de troubles psychiques ou émotifs graves ou lorsqu'ils le soupçonnent d'être suicidaire.

**Cas #3 -**

**Recommandation**

4. Il est recommandé d'établir et d'imposer des contrôles plus stricts sur les jeux d'argent.

Ce détenu n'était pas inscrit sur la liste des détenus aux tendances suicidaires de l'établissement de Dorchester et il ne recevait aucun soin psychiatrique.

De nouveau, il est recommandé d'enjoindre tous les employés de l'établissement de prévenir le centre de santé ou de conduire immédiatement le détenu au centre de santé par l'entremise du gardien chef, lorsqu'ils remarquent qu'un détenu semble souffrir de troubles psychiques ou émotifs graves, ou lorsqu'ils le soupçonnent d'être suicidaire. (Voir Recommandation 3.)

Cas #4 -

Il est encore ici recommandé d'imposer des contrôles plus stricts sur les jeux d'argent. (Voir Recommandation 4.)

L'équipe de gestion des cas avait recommandé que le Cas 4 soit retransféré à Dorchester parce que, entre autres raisons, il exerçait des pressions sur les autres pour recouvrer des dettes".

Les membres du Comité régional de classement ne s'entendaient pas sur le transfèrement du Cas 4 à Dorchester;

**Recommandation**

5. Il est recommandé:

(a) que les détenus enclins à la violence soient systématiquement placés en isolement et ce, dans tous les établissements;

(b) d'envisager sérieusement le transfèrement interrégional des détenus qui expriment des craintes fondées pour leur sécurité personnelle.

Cas #5 -

La documentation concernant le Cas 5 parvint à Springhill trois jours après son transfèrement de Dorchester. Ce retard a presque certainement contribué à son suicide. Il n'était pas inscrit sur la liste des détenus aux tendances suicidaires et ne recevait aucun soin psychiatrique.

**Réception:** Comme dans le cas présent, une vaste proportion de suicides chez les détenus survient aux unités de réception. L'admission à l'établissement constitue une expérience traumatisante pour la plupart des détenus. Par conséquent, il importe que les prédispositions à l'automutilation ou l'autodestruction soient décelées le plus tôt possible.

**Recommandation**

6. Il est recommandé que l'infirmier* du centre de santé qui reçoit tous les détenus dans les 24 premières heures de l'admission pour obtenir les antécédents médicaux, etc., prévienne immédiatement le médecin en titre et le service de garde lorsqu'un détenu semble prédisposé au suicide ou requiert des soins médicaux/psychiatriques pour des troubles émotifs graves ou anormaux.

Puisque la nature même de la détention est la perte de liberté, il est probable que les détenus nouvellement admis ressentent profondément cette perte en fonction de **l'isolement social.** Un agent de sécurité affirmait à l'équipe que les nouveaux détenus manifestent généralement un désir de communication mais ce désir est inhibé par le **caractère fermé des cellules.** Il est possible que les niveaux d'anxiété pourraient être considérablement réduits si les possibilités de communication étaient augmentées; il faut donc favoriser cette augmentation.

**Recommandation**

7. Il est recommandé que les portes de cellules des unités de réception soient faites de barreaux plutôt que de métal massif.

* La recommandation d'affecter un infirmier à cette fonction est considérée comme étant complémentaire à la recommandation du Bureau de consultation en gestion (1A81) d'y affecter un agent expérimenté. La nécessité de donner aux infirmiers une formation en psychiatrie est abordée plus loin.

8. Il est recommandé qu'un sommaire de la documentation médicale/psychiatrique, sous forme de carte médicale de transfèrement et signalant tout risque de suicide connu, accompagne le détenu au moment du transfèrement. Cette carte serait lue par l'infirmier du centre de santé au moment de l'admission du détenu.

Il semblerait qu'au centre régional de traitement (autrefois le centre psychiatrique régional) du pénitencier de Kingston, la surveillance électronique soit devenue un outil important pour la surveillance de détenus atteints de troubles émotifs certains. Le groupe croit savoir que le centre de traitement du pénitencier de Kingston comprend huit cellules surveillées électroniquement.

**Recommandation**

9. Il est recommandé que deux cellules du centre de santé soient surveillées électroniquement. Cette télésurveillance serait réservée uniquement aux cellules occupées par des détenus à risque élevé. Elle n'est pas considérée comme étant préférable aux soins cliniques administrés par un personnel suffisamment nombreux.

Cas #6 -

Les gardiens et le personnel infirmier et médical ont réagi promptement et, semble-t-il, de façon appropriée.

Ce suicide, comme celui du Cas 5, est survenu à l'unité de réception de l'établissement de Springhill. Bien que le Cas 6 ait été là depuis quatorze jours, il n'est consigné nulle part qu'il ait été évalué, même sous une forme préliminaire, par l'infirmier, le médecin, le psychiatre ou le psychologue sur le plan de la stabilité émotionnelle.

La Recommandation #6, inspirée par un cas précédent (le Cas 5 en l'occurrence) est donc réitérée.

Il est recommandé que l'infirmier du centre de santé qui reçoit tous les détenus dans les vingt-quatre premières heures de l'admission pour obtenir les antécédents médicaux et leur faire subir un bref examen médical d'admission, prévienne immédiatement le médecin en titre et le service de garde lorsqu'un détenu semble prédisposé au suicide ou requiert des soins médicaux/psychiatriques pour des troubles émotifs graves.

Il convient aussi de réitérer les recommandations suivantes toujours en rapport avec le cas précédent, c'est-à-dire le Cas 5, puisque les changements proposés auraient pu contribuer à prévenir le suicide du Cas 6.

Il est recommandé que les portes de cellules des unités de réception soient faites de barreaux plutôt que de métal massif.

Il est recommandé que deux cellules du centre de santé soient surveillées électroniquement. Cette télésurveillance serait réservée uniquement aux cellules occupées par des détenus à risque élevé.

Le retard dans l'évaluation de ce détenu qui a passé deux mois et demi à l'unité de réception a presque certainement contribué à son niveau d'anxiété, d'appréhension et de stress. De plus, le fait d'être incarcéré sur le continent crée, dans bien des cas, des obstacles logistiques insurmontables aux contacts entre les détenus de Terre-Neuve et leurs familles ou amis, entraînant un stress d'une intensité exceptionnelle.

Trois des sept cas de suicide étaient natifs de Terre-Neuve,

**Recommandation**

**10.** Il est recommandé que l'administration du SCC fasse en sorte que les détenus fédéraux de Terre-Neuve aient la possibilité de purger leur peine dans leur province d'origine.

**Cas # 7 -**

La réaction du personnel à ce suicide fut lente et incertaine, et démontre la nécessité de donner au personnel une formation qui lui permettrait de s'occuper efficacement des cas urgents de cette nature.

A Westmorland, établissement à sécurité minimale, il est clair que tout le personnel se doit de signaler promptement les troubles émotifs évidents au médecin en titre, même s'il est présent dans l'établissement seulement une demi-journée par semaine ou au besoin. Un psychologue est sur place à temps plein cinq jours par semaine;

**Recommandation**

**11.** Il est recommandé:

(a) que les voies de communication entre Westmorland et le centre de santé de Dorchester soient ouvertes et bien définies;

(b) d'aviser le service infirmier du centre de santé de Dorchester de se tenir à la disposition de Westmorland pour toute situation, qu'elle soit urgente ou non.

## LE RÔLE DU SERVICE D'AUMÔNERIE

Le groupe est d'avis que le service d'aumônerie devrait immédiatement alerter le centre de santé s'il juge qu'un détenu souffre de troubles émotifs et/ou psychiques graves ou anormaux, s'il est suicidaire ou s'il a des idées suicidaires. Le traitement de détenus souffrant de troubles émotifs et éventuellement suicidaires doit être un effort de collaboration et d'équipe entre le médecin, le psychiatre, le psychologue, l'infirmier et le service d'aumônerie. Seul le centre de santé, par le biais des infirmiers, offre un service professionnel interne 24 heures sur 24.

Le groupe d'étude croit que le service d'aumônerie est une composante importante de l'équipe de traitement engagée dans la prévention des suicides.

**Recommandation**

12. Il est recommandé que le service d'aumônerie collabore avec le groupe professionnel (médecin, psychiatre, infirmier, psychologue) responsable du traitement médical/psychiatrique des patients-détenus souffrant de troubles émotifs, dans une perspective de prévention du suicide.

13. Il est recommandé que des moyens d'éducation permanente soient régulièrement utilisés par le personnel administratif et correctionnel et le service d'aumônerie en vue:

    (a) d'identifier et de signaler promptement au centre de santé, par l'entremise du gardien chef, les détenus qui manifestent des symptômes de troubles émotifs et/ou psychiques anormaux; et

    (b) de collaborer étroitement avec l'équipe professionnelle responsable du traitement médical/psychiatrique, psychologique et infirmier des patients-détenus atteints de troubles émotifs.

14. Il est recommandé:

(a) de fournir au personnel de Westmorland la formation requise pour s'occuper des crises suicidaires avec efficacité et dans les plus brefs délais possibles;

(b) que soient présents, à chaque roulement d'équipe, au moins deux membres du personnel qualifiés pour pratiquer la réanimation cardiopulmonaire et utiliser l'appareil AMBU; et

(c) qu'une trousse de réanimation cardiopulmonaire contenant un appareil AMBU, un masque à oxygène, un canule et un petit ballon d'oxygène, soit gardée assemblée et en parfait état de fonctionner à l'établissement de Westmorland.

## ÉTUDE SUR LE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE DORCHESTER, DE SPRINGHILL ET DE WESTMORLAND: CONCERNANT LE RAPPORT SUR LES SEPT SUICIDES

Tous les membres du groupe ont passé plusieurs jours dans les établissements de Dorchester et de Springhill et un peu moins de temps dans celui de Westmorland. Des entretiens ont eu lieu avec les directeurs de Dorchester et de Westmorland, l'adjoint administratif du directeur de Springhill, les comités de détenus de Dorchester et de Springhill et d'autres détenus, des aumôniers, des employés du Service correctionnel, des employés du service de gestion des cas, des agents d'unités résidentielles, des psychologues, des infirmières, des médecins, des psychiatres, un syndicaliste et d'autres encore. Le centre de santé de Dorchester fut l'objet d'une visite. Des membres du groupe ont parlé à t ..s médecins en titre, deux psychiatres, et plusieurs infirmières y. compris les directeurs adjoints des services de santé. Le centre de santé de Springhill fut visité deux fois, une fois pour observer les activités de l'infirmière auprès des malades et une fois pendant la visite médicale. Des entretiens ont eu lieu avec les psychologues desservant Dorchester, Springhill et Westmorland.

Le groupe d'étude croit que l'ensemble des visites et des entretiens effectués dans les trois établissements englobe tous, ou presque tous, les domaines offrant des service directs aux détenus sur une base individuelle.

Le criminologue de Dalhousie, le pénologue de Terre-Neuve et le membre de la Société John Howard ont réalisé une étude étendue et soignée de tous les domaines autres que la médecine générale, les soins infirmiers et les soins psychiatriques. Pour certaines visites, les membres du groupe travaillaient par paires; par exemple, pour visiter le service de la Correspondance et des visites à Dorchester, pour examiner l'équipement de réanimation cardiopul-

monaire à Dorchester et pour parler aux aumôniers. Trois membres du groupe ont effectué la visite finale à Westmorland.

L'approche préparatoire a été fondée sur ces visites, les renseignements étant notés pendant ou immédiatement après les entretiens. Dans la mesure du possible, les données élaborées par le Bureau des conseillers en gestion ont été utilisées pour réfuter ou confirmer les observations du groupe et amorcer d'autres approches.

Le 3 octobre 1983, quelques jours avant la première réunion du groupe, deux professionnels de haut niveau et le directeur de Dorchester identifiaient des facteurs qui avaient contribué aux suicides:

1. Les nombreux transfèrements venant du Québec, de l'Ontario et de l'Ouest canadien et remontant à 1982 avaient entraîné une réduction des services médicaux et psychologiques. Il y avait un retard considérable au niveau des détenus qui attendaient leurs premiers examens médical et psychologique. "... étant donné l'accroissement de la population carcérale, il y avait un retard dans les examens médicaux d'admission... À un moment donné, nous accusions un retard de cent examens médicaux, alors qu'aujourd'hui il est de quarante." Cette estimation fut enregistrée le 26 septembre 1983.
2. Dorchester avait assumé le rôle et les responsabilités d'un centre régional de réception.
3. L'agent de gestion des cas a remplacé l'agent de classement. Dans le cadre du système de gestion des cas, l'agent doit rencontrer chaque détenu assigné à sa charge de travail à tous les trois mois, qu'il le juge nécessaire ou non, et que le détenu le veuille ou non. Un rapport trimestriel est exigé pour chaque détenu.

Selon une opinion largement répandue dans l'établissement et partagée par un agent principal de l'administration régionale, le système de gestion des cas comporte un nombre beaucoup plus élevé de rapports à remplir. Cela se traduit par une augmentation de la paperasserie et une diminution importante de conversations avec les détenus qui ont besoin de counselling.

4. Le service psychiatrique est insuffisant. La nécessité d'une unité psychiatrique de dix à quinze lits s'impose, de même qu'une augmentation du nombre d'employés à tous les niveaux.

## LES DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENT

Lors de la première réunion de l'équipe chargée de l'étude, les trois directeurs d'établissement (soit ceux de Dorchester, de Springhill et de Westmorland) ont insisté sur l'augmentation importante des transfèrements interrégionaux et sur l'accroissement de la population générale. Parallèlement, survenait l'importation d'une nouvelle sous-culture carcérale qui n'était pas normalement présente dans la région de l'Atlantique. Les ressources des établissements donnaient leur plein rendement.

D'autres variables furent mentionnées, dont les transfèrements interrégionaux, les jeux d'argent, les développements dans les milieux de drogués, et des factions nouvelles et différentes au sein de la population carcérale: Canadiens de l'Ouest et de l'Ontario, francophones, noirs amérindiens, et autres.

Selon le directeur: "Dorchester a cessé d'être un établissement réservé à la population provenant des Maritimes; il s'agit maintenant plus d'un établissement à sécurité maximale ordinaire". Dorchester est un établissement à niveaux de sécurité multiples; il aura 104 ans cette année, en 1983.

Actuellement (septembre 1983), la population est de 450 détenus, soit environ 300 de niveau de sécurité maximale et 150 de sécurité moyenne. Au cours des quelques dernières années, la population de Dorchester s'est accrue d'environ 100 détenus.

**Dorchester - séance d'information sur la sécurité - liste des détenus aux tendances suicidaires** - Une **séance d'information sur la sécurité** a lieu deux fois par semaine à Dorchester pour permettre de discuter de tous les détenus qui posent des problèmes, y compris les suicidaires. Un psychologue a établi une série de critères permettant de reconnaître les détenus qui ont besoin de "surveillance", de même que le degré de surveillance nécessaire. Ces critères sont fondés sur certains facteurs qui permettent au personnel d'établir des valeurs numériques. Il a été suggéré que l'augmentation du nombre des cas-problèmes au SCC découlait peut-être des coupures réalisées au niveau des établissements psychiatriques de la communauté.

Selon le Directeur: l'établissement de Springhill reçoit maintenant un type plus violent de détenus - ceux qui sont violents sans avoir rien pris par opposition à ceux qui ne sont violents que lorsqu'ils ont consommé de l'alcool ou de la drogue. La population actuelle de Springhill est de 447 détenus: elle a grimpé jusqu'à 508 détenus cette année, 1983.

Dorchester faisant fonction de centre régional de réception, les détenus y sont admis pendant environ deux semaines pour le processus de réception et les procédures de placement. Springhill a aussi son processus de réception d'une durée de deux semaines à la suite des transfèrements. Dans certains cas, le processus de réception de Springhill pouvait répéter exactement ce qui avait été effectué à Dorchester. Les détenus sont isolés du reste de la population, sauf pour la période d'exercice physique du soir.

Lorsqu'un avertissement de tendances suicidaires accompagne un nouveau détenu, il est placé sous "surveillance" - continuelle si nécessaire. Aucun

avertissement n'avait été reçu au sujet du Cas 6, qui s'est suicidé dans l'aire de réception.

Selon le Directeur de l'établissement de Westmorland ... "C'est le premier suicide à survenir dans un établissement à sécurité minimale du SCC.

**ANALYSE STATISTIQUE DES SUICIDES SURVENUS DANS LES PÉNITENCIERS FÉDÉRAUX DE LA RÉGION DE L'ATLANTIQUE: BUREAU DES CONSEILLERS EN GESTION (ANNEXE II)**

Nous avons tiré de ce rapport des extraits d'intérêt spécial pour le groupe concernant les transfèrements externes (interrégionaux) et les suicides, de même que la récapitulation finale.

**"Question 5"**: "Y a-t-il un rapport entre les transfèrements venant des autres régions et les suicides?"

**"Réponse"**: "Dans le cas de la région de l'Atlantique, il existe un rapport statistique entre les suicides et les transfèrements venus des autres régions, mais ce rapport n'existe pas pour le reste du système pénitentiaire fédéral".

Le tableau qui suit présente les taux de suicide et de transfèrement externe pour la région de l'Atlantique et pour les autres régions, par trimestre.

TABLEAU 1

TRANSFÈREMENTS EXTERNES (INTERRÉGIONAUX) ET SUICIDES

| TRIMESTRE | ATLANTIQUE | | AUTRES RÉGIONS | |
|---|---|---|---|---|
| | Transfèrements externes | Suicides | Transfèrements externes | Suicides |
| 1/78 | 15 | 0 | 228 | 0 |
| 2/78 | 13 | 0 | 354 | 1 |
| 3/78 | 14 | 1 | 371 | 3 |
| 4/78 | 22 | 0 | 343 | 1 |
| 1/79 | 21 | 0 | 299 | 1 |
| 2/79 | 16 | 0 | 313 | 4 |
| 3/79 | 25 | 0 | 354 | 4 |
| 4/79 | 31 | 0 | 317 | 0 |
| 1/80 | 22 | 0 | 190 | 0 |
| 2/80 | 10 | 0 | 119 | 4 |
| 3/80 | 11 | 0 | 149 | 1 |
| 4/80 | 10 | 1 | 126 | 4 |
| 1/81 | 8 | 0 | 92 | 3 |
| 2/81 | 19 | 0 | 173 | 3 |
| 3/81 | 75 | 0 | 240 | 2 |
| 4/81 | 21 | 0 | 198 | 4 |
| 1/82 | 28 | 0 | 207 | 2 |
| 2/82 | 32 | 1 | 30 | 1 |
| 3/82 | 36 | 0 | 169 | 4 |
| 4/82 | 31 | 0 | 231 | 3 |
| 1/83 | 68 | 3 | 267 | 4 |
| 2/83 | 86 | 2 | 322 | 2 |
| 3/83 | 37 | 2 | 294 | 3 |

a eu une augmentation importante des transfèrements externes (interrégionaux) dans cette région au cours des premier et deuxième trimestres de 1983, les chiffres du troisième trimestre diminuant légèrement.

"En établissant une corrélation entre les suicides et les transfèrements externes dans la région de l'Atlantique, on obtient le coefficient de corréleation r = .57. (Les coefficients de corrélation qui se rapprochent de 0 indiquent que les deux variables ne sont pas interreliées. Les coefficients qui se rapprochent de 1 ou de -1 indiquent un degré élevé d'interrelation.) **La valeur r = .57 est statistiquement significative et démontre que, dans le cas de la région de l'Atlantique, les suicides et les transfèrements sont interreliés.**

**"Une analyse de corrélation semblable effectuée pour les régions autres que l'Atlantique donne des résultats différents.** Ici, la valeur calculée de r est -20. Cette valeur se rapproche de 0, indiquant (pour le nombre d'observations disponibles) l'absence d'un rapport statistiquement vérifiable."

**"Question 6":** "Il y a donc une corrélation entre les transfèrements externes et les suicides dans la région de l'Atlantique. Qu'est-ce que cela signifie?"

**"Réponse":** "Examinons les données sur la région de l'Atlantique qui apparaissent dans le tableau accompagnant la réponse à la Question 5. On s'aperçoit que les transfèrements externes augmentent très lentement de 1978 à 1982 et que les suicides sont assez rares. Il est **possible** que le taux de base des suicides augmente légèrement à mesure que les transfèrements externes augmentent, mais les suicides sont si rares qu'on ne peut tirer de conclusions fermes.

"Puis, au début de 1983, le taux de transfèrement trimestriel a plus que doublé. Au même moment, les suicides ont augmenté de façon explosive. C'est cette situation que le coefficient de corrélation réflète."

"Étant donné la perturbation que le transfèrement de détenus difficiles peut provoquer dans un établissement stable, il est plausible qu'il y ait une relation causale entre les transfèrements et les suicides. Cependant, il est possible que les changements administratifs qui ont entraîné l'augmentation du nombre des transferements ne fassent que coincider avec l'augmentation du taux de suicide. De plus, il est possible que l'augmentation, tant au niveau des suicides qu'au niveau des transfèrements, soit causée par un troisième facteur. Les conclusions finales dépendront d'une étude de la situation dans les établissements de l'Atlantique." (Annexe II, page 9).

"Nous pouvons cependant affirmer les faits suivants. Au moment même où le nombre de suicides augmentait dans la région de l'Atlantique, les changements suivants se produisaient:

1. le nombre des transfèrements externes a plus que doublé;
2. il y eut une augmentation importante du nombre des examens psychiatriques et médicaux;
3. l'ensemble de la population carcérale a augmenté d'environ 15%.

Ceux-ci ne sont probablement pas les motifs réels mais ils méritent certainement une étude plus poussée. (annexe II, page 104)

Il n'y eut, au cours de cette période, aucune augmentation du personnel ou des services psychiatriques ou psychologiques.

## ÉTUDE DE RAPPORTS DE CONTRÔLE DE LA GESTION ET DE CERTAINS SERVICES AUX DÉTENUS - BUREAU DE L'INSPECTEUR GÉNÉRAL

Après avoir pris connaissance du doublement des transfèrements de l'extérieur (interrégionaux) et de l'augmentation de 15% de la population totale, examinons les conclusions de l'étude de certains domaines.

Le groupe a reçu les rapports des contrôles de la gestion réalisés à Dorchester en janvier 1983, à Springhill en mars 1983 et à Westmorland en décembre 1981. Étant donné l'écart de temps, les remarques concernant Westmorland ne seront pas abordées, bien que le rapport ait été examiné. Des problèmes ont été cernés pendant ces études et certains semblent pertinents pour la présente étude. Les exemples n'ont pas tous un rapport direct avec les cas de suicide, mais ils viennent souvent confirmer des renseignements fournis par le personnel du SCC au groupe d'étude. Cette sélection de résultats est accompagnée d'annotations des membres du groupe.

### Les services de gestion des cas

Le groupe d'étude appuie fortement les observations des rapports de contrôle de la gestion effectués par le Bureau de l'Inspecteur général; à Dorchester, en janvier 1983 et à Springhill, en mars 1983. Pour ces deux établissements, le programme de gestion des cas a été longuement et minutieusement examiné. Viennent ensuite des remarques tirées des rapports de contrôle et accompagnées d'annotations des membres du groupe d'étude.

Les membres du groupe sont unanimes à dire que l'agent de gestion des cas est un membre du personnel de l'établissement qui doit être en mesure d'identifier un comportement émotif anormal chez un détenu et d'en aviser immédiatement le centre de santé, par l'entremise du gardien responsable.

**Les programmes de gestion des cas**

Le programme de gestion des cas est longuement et minutieusement examiné dans les rapports de contrôle de la gestion, tant pour Dorchester que pour Springhill. Dorchester -- observation 18, page 36 et observation 10, page 25: la description du poste d'agent de gestion des cas n'a pas été révisée depuis 1976 et elle n'est plus compatible avec le **Manuel de gestion des cas.** Il semble que la mise à jour n'ait pas encore été faite parce qu'une révision nationale de la description de fonctions est en cours. L'établissement a réalisé sa propre mise à jour de la définition le 2 mars 1983 (18). L'observation 10 est brève: "CERTAINS ASPECTS DU PROCESSUS DE GESTION DES CAS NE SE CONCRÉTISENT PAS". Suivent deux pages et demi d'élaboration et de réponse.

Il importe d'inclure la remarque suivante "LE GROUPE D'ÉTUDE FUT INFORMÉ QUE, VU LES PRÉSENTES RESSOURCES, IL EST IMPOSSIBLE DE SE CONFORMER ENTIÈREMENT À TOUS LES ASPECTS DU MANUEL DE GESTION DES CAS." (souligné par la groupe d'étude)

Les rapports de contrôle de la gestion indiquent que la qualité et la quantité des rapports de gestion des cas font défaut: Springhill - Observations 8, page 26 et 14, page 32: l'observation 8 est brève "IL FAUT S'ASSURER QUE LE PROCESSUS DE GESTION DES CAS SE STABILISE AU NIVEAU DES ÉCHÉANCES ET DU CONTRÔLE DE LA QUALITÉ." Suit une page et un tiers d'élaboration et de réponse. Ce qui importe c'est qu'en réalité les lacunes cernées dans les études opérationnelles de 1981 et 1982 n'ont pas été complètement corrigées. Une prévérification demandée par l'établissement en janvier 1983 indique que"... depuis la vérification de 1982, il y a eu une détérioration marquée, documents à l'appui, de la conformité au **Manuel de gestion des cas ...**"

L'observation 14 est brève "LES AGENTS DE GESTION DES CAS ONT PEU DE CONTACTS AVEC LES INSTRUCTEURS DES ATELIERS." (souligné par le groupe d'étude)

La réponse décrit tout le dilemme auquel doivent faire face les agents de gestion des cas; d'une part, on s'attend à ce que les AGC soient mobiles dans l'établissement pour pouvoir recueillir des renseignements sur les détenus qui leur sont assignés et, d'autre part, à ce qu'ils répondent à une demande incessante de rapports. Dans les établissements, en plus de s'entretenir avec les détenus, les AGC doivent être aussi mobiles que les détenus à leur charge afin de pouvoir recueillir et transmettre des renseignements. Un nombre excessif de rapports à remplir réduit la mobilité et l'efficacité nécessaires pour recueillir et transmettre une information dynamique.

Dans plusieurs des sept cas de suicide, il semble qu'il y ait eu rupture des communications. D'après nos conversations avec plusiers AGC, il semblerait qu'en essayant de combiner les instructions du **Manuel de gestion des cas** et les charges de travail sans cesse croissantes, on ne fait que contrarier les prémisses qui sont à l'origine des procédures de gestion des cas.

**Recommandation**

**15.** Il est recommandé que, à moins qu'il ne soit possible d'augmenter le personnel du service de gestion des cas de façon considérable, le **Manuel de gestion des cas** soit mis au rancart ou complètement révisé et que le rôle de l'agent de gestion des cas soit redéfini, afin qu'il existe un rapport réaliste entre les exigences du Manuel et le personnel qualifié disponible, ce qui favorisera la prise d'initiatives dans les rapports avec les détenus en difficulté.

**Entrevues avec le personnel de gestion des cas**

Le SCC actuel est le résultat d'une fusion progressive de deux organismes antérieurs, soit le Service canadien des pénitenciers et le Service national des libérations conditionnelles. Une fusion de facto avait précédé l'unification officielle. Des dispositions furent prises pour l'élargissement des responsabilités comme les rapports post-sentenciels communautaires, les rapports sur l'évolution des cas et le rendement, et l'expansion considérable de la documentation et des consultations.

Le rôle de l'agent de gestion des cas consisterait à recueillir, interpréter, et fournir de l'information sur les détenus confiés à sa charge, exactement comme quand il était appelé agent de classement. Les principales sources d'information seraient le détenu lui-même, son dossier et les services pénitentiaires ayant un rapport quelconque avec le détenu. Les procédures étaient minutieusement détaillées dans un document énorme intitulé le **Manuel de gestion des cas.** Il était prévu que chaque agent de gestion des cas aurait une charge de travail d'environ 35 détenus.

Dès ses débuts, le **Manuel de gestion des cas** fut cause de souci pour le personnel du SCC comme pour les organismes bénévoles oeuvrant dans le domaine - les attentes du Manuel dépassaient largement les ressources disponibles. La qualité des rapports n'est pas mentionnée.

Un agent de gestion des cas expérimenté, qui a aussi travaillé dans le domaine de la santé mentale, affirme qu'en effet la pression exercée sur l'agent pour qu'il rédige des rapports l'empêche de capter certains "indices" transmis par le détenu. Il n'y a pas assez de temps pour saisir les indices en plus d'obtenir les renseignements que requiert le rapport en cours de préparation. La charge de travail de l'agent de gestion des cas en question dépassait soixante cas; il était d'avis qu'une charge de travail convenable devrait être de trente-cinq cas.

Ce même agent a aussi déclaré que le retard dans les entrevues d'orientation était tel récemment que le comité de détenus avait porté plainte. Les nouveaux venus doivent maintenant être vus dans les cinq jours suivant l'admission simplement pour qu'on leur dise "Je suis ton AGC; je te reverrai dans quelques semaines", ce qui, d'après lui, pourrait vouloir dire jusqu'à trois mois.

Un autre AGC ayant moins d'expérience et dont la charge de travail était à peu près la même, a mentionné qu'il s'était plaint de n'avoir pas suffisamment de temps pour voir les détenus, pour circuler dans l'établissement et pour rédiger les rapports. Un haut fonctionnaire de l'Administration centrale lui conseilla "de remplir ses rapports"; les rapports trimestriels viennent en priorité!

En ce qui concerne les charges de travail, parmi les AGC interviewés, on était assez d'accord pour dire que la charge de travail pouvait dépasser trente-cinq cas.

**Recommandation**

**16.** Il est recommandé que la charge de travail de chaque agent de gestion des cas ne dépasse pas quarante détenus.

Si les entrevues ne sont pas faites ou si elles sont de mauvaise qualité, il est probable que les rapports sont de mauvaise qualité ou sont simplement répétitifs, et cela est l'élément crucial. Il est bien possible que les employés talonnés pour faire des entrevues ou rédiger des rapports soient incapables de lire la masse de documentation qui accompagne un transfèrement de 20 détenus ou plus, ou soient moins en mesure d'en faire une lecture analytique.

Dans plusieurs des cas de suicide examinés, on a relevé des problèmes liés soit à l'arrivée ou la non-arrivée de la documentation, soit au temps d'arrivée de la documentation ou alors à la question de savoir si l'AGC avait lu et évalué la documentation.

De l'avis du groupe d'étude, il est primordial et parfois indispensable que la documentation pertinente soit reçue, lue et communiquée en temps opportun. Le système de gestion des cas impose un fardeau pénible aux agents de gestion des cas - un fardeau dont ils ne peuvent se décharger convenablement quand les charges de travail peuvent grimper jusqu'à 70% au-dessus de la norme établie (40) et quand aucune modification n'est apportée aux attentes sur le plan de la documentation.

Nous avons été impressionnés par la similitude entre les opinions exprimées par les agents de gestion des cas et les constatations des groupes de contrôle de la gestion par rapport aux problèmes dans le domaine de la gestion des cas.

**Le processus de griefs**

Un agent de gestion des cas nous a fourni un autre exemple isolé de l'incapacité du système à remplir la promesse de ses politiques, cette fois dans le cadre du processus de règlement des griefs. Les réponses aux griefs tardent tellement que, dans bien des cas, elles sont dénuées de sens. Dans certains cas sélectionnés et urgents, cet agent de gestion des cas suggère au détenu de contourner le processus normal et d'écrire directement au directeur. Que la décision soit favorable ou non du point de vue du détenu, la réponse lui parvient beaucoup plus rapidement.

**Les services de psychologie**

Les observations relatives aux services de psychologie démontrent l'existence d'une situation assez semblable à celle des services de gestion des cas et enracinée dans des causes comparables. En raison de l'augmentation des transfèrements et de la population des établissements, les services de psychologie ne pouvaient plus s'acquitter de leur charge de travail.

Rapports de contrôle de la gestion - Springhill, Observation n° 10 à la page 28: "IL IMPORTE QUE LES PSYCHOLOGUES S'IMPLIQUENT DAVANTAGE DANS LES UNITÉS RESIDENTIELLES ET DANS LA COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE". Le rapport mentionne que, contrairement à ce qui se faisait antérieurement, les psychologues "... sont rarement présents aux réunions dans les pavillons cellulaires ou dans la communauté (thérapeutique)." La raison est la suivante "... leur horaire est très chargé maintenant à cause des exigences de la préparation des cas définies dans le **Manuel de gestion des cas.**"

Rapports du contrôle de la gestion - Dorchester, Observation n° 12 à la page 28: "IL EXISTE UN BESOIN D'ENCADREMENT AU NIVEAU DE LA PSYCHOLOGIE." Le document indique qu'il n'y a plus de retard dans les tests d'orientation. Il mentionne l'absence d'objectifs particuliers et d'un encadrement précis de la psychologie.

Il y a deux psychologues au pénitencier de Dorchester. Il y en a eu un seul, en 1981-82, pendant une période de six mois. L'établissement de Springhill exige trois psychologues. Il semblerait que le besoin de services professionnels de psychologues soit plus grand au pénitencier de Dorchester. Aux deux établissements, soit Dorchester et Springhill, et particulièrement à Dorchester, la charge de travail relative à la gestion des cas "non médicaux" est lourde; en 1982-83, elle a été accablante par moments.

Les psychologues sont dans les établissements cinq jours par semaine, en poste de jour. Le rôle et les reponsabilités du psychologue dans la prévention et le traitement des crises suicidaires sont très importants. Cependant, du fait que les suicides et les crises suicidaires surviennent souvent en fin de semaine et à d'autres moments où le personnel est réduit, par exemple, la nuit, le groupe d'étude est d'avis que la première responsabilité revient aux infirmiers, qui sont les seuls professionnels de la santé de service dans l'établissement, et au médecin en titre, au psychiatre ou aux suppléants de garde en tout temps.

**Le service de psychologie et le centre de santé.** Dans les hôpitaux et les cliniques psychiatriques servant le grand public, il arrive souvent que le psychologue ait comme principale fonction de faire partie de l'équipe chargée du traitement des troubles émotifs et des maladies mentales, y compris les dépressions cliniques, les individus suicidaires et les tentatives de suicide. Le SCC ferait bien d'étudier la politique selon laquelle un psychologue en particulier serait responsable de la collaboration avec le centre de santé, c'est-à-dire le médecin en titre, le psychiatre et l'infirmier, pour le traitement des détenus troublés ou suicidaires. Ce type de mesure permettrait de réduire les exigences contradictoires de "socialisation" et de collaboration dans les services médicaux et de santé.

**Recommandation**

**17.** Il est recommandé qu'un psychologue soit recruté dans chaque établissement afin

(a) qu'il établisse des rapports étroits avec le centre de santé, qu'il en devienne un membre actif, c'est-à-dire un collègue et consultant, dans ses rapports avec les équipes de traitements médicaux, psychiatriques et infirmiers, surtout en ce qui concerne le suicide;

...

(b) qu'il favorise une étroite liaison entre le centre de santé et le groupe de la gestion des cas, y compris le service de psychologie;

(c) qu'il encourage les psychiatres et les psychologues à collaborer de plus en plus dans le traitement des détenus qui souffrent de troubles émotifs ou psychiques (y compris les cas cliniques de dépression et les détenus qui présentent des risques de suicide).

**Les services d'aumônerie**

Dans chaque cas de suicide, un aumônier travaille auprès de la famille après le décès, soit, avant le décès, auprès du détenu et auprès de la famille. Malgré leur participation directe, les aumôniers ont pu regarder au-delà de l'incident immédiat et ont voulu s'assurer que le groupe ne s'en tiendrait pas uniquement à une simple étude de cas individuels.

Étant donné leurs activités dans la société à l'extérieur des prisons, les aumôniers ont soulevé de façon réfléchie la question maintes fois posée par des personnes interviewées: Dans quelle mesure le suicide augmente-t-il dans la société en général? En tant que groupe, les aumôniers considèrent la prison comme étant une condensation et une concentration de la société plus vaste. Collectivement, ils pensent que le nombre des suicides augmente dans la communauté où ils vivent et travaillent.

Les programmes religieux dépendent de plus en plus de l'appui des bénévoles venant de l'extérieur. La présence du bénévole et les rapports personnels qui se développent entre le bénévole et le détenu sont essentiels aux programmes: c'est une intervention positive qui peut contribuer au bien-être du détenu.

À Dorchester et à Springhill, le service d'aumônerie participe régulièrement aux programmes d'orientation.

Pendant la discussion sur les suicides, un groupe d'aumôniers a soulevé un point important, à savoir que lorsqu'un suicide survient dans la collectivité, les médias traitent l'incident de façon très discrète. Par contre, lorsque le suicide survient en prison, une fois que le nom du détenu est connu, on consulte rapidement les dossiers pour retrouver non seulement des renseignements relatifs au suicide mais généralement tout un compte rendu de ses délits les plus sensationnels.

**Recommandation**

**18.** Il est recommandé que le directeur régional des Communications élabore un programme qui inciterait les médias de la région à dédramatiser le suicide d'un détenu et à traiter cette question avec plus de compassion par respect pour la famille, comme c'est le cas pour les suicides à l'extérieur des pénitenciers.

En poursuivant la discussion, un autre problème a été soulevé. Souvent, quand on annonce les décès, les blessures ou les maladies graves qui surviennent en prison, on donne certains renseignements comme l'âge de la victime, le nom de l'établissement, les circonstances de l'incident et on termine avec les mots "Le nom de la victime n'a pas été révélé, la famille n'ayant pas été avisée". Les familles qui ont un homme en prison répondant au signalement donné sont frappées de terreur quand elles entendent ce genre de communiqué. Les familles qui ont un fils de 21 ans vivent dans la crainte, si la victime a 21 ans.

**Recommandation**

**19.** Il est recommandé que les avis de suicide soient retardés jusqu'à ce que l'on puisse donner le nom de la personne décédée, en y ajoutant la remarque "... la famille a été prévenue".

Cette recommandation ne vise pas à dissimuler les faits au public, mais à protéger les familles d'autres détenus et leur éviter de s'inquiéter inutilement, de se demander si c'est l'époux ou le fils qui est décédé.

## ENTRETIENS AVEC LES EMPLOYÉS

### Délégué syndical, Springhill

Nous avons obtenu une entrevue avec un membre de ce groupe important, ce qui nous a permis d'envisager les problèmes relatifs aux sept suicides sous une perspective différente. Il fut question:

1. d'un profond sentiment d'inquiétude face à l'augmentation des suicides;
2. de la détermination de certains membres du personnel à ignorer les procédures prescrites quand il s'agit de faire échouer une tentative de suicide;
3. de l'inquiétude devant le surpeuplement, surtout pendant les activités où les groupes de détenus sont nombreux; un groupe plus nombreux est plus difficile à surveiller;
4. du partage des cellules qui rend la surveillance plus difficile;
5. des tensions qui se développent à l'occasion entre certains "groupes ayant les mêmes intérêts";
6. du surpeuplement qui crée des problèmes de chômage chez les détenus et entraîne le surencombrement de certaines installations, par exemple les aires de visite, les installations récréatives et les bibliothèques; et
7. des mesures d'urgence en cas de tentative de suicide - le délégué syndical a affirmé que, dans le cadre des dispositions d'urgence, un

agent de correction peut, en cas d'urgence, à sa discrétion, ouvrir une cellule et y entrer sans la présence d'un agent de relève. Un agent de correction l'a fait pour un cas à Springhill. Il n'est pas clair si la personne qui assure la relève, c'est-à-dire le second, est en contact radio avec le poste central. Dans ce cas particulier, il est arrivé sur les lieux en moins de deux minutes.

**Recommandation**

**20.** Il est recommandé que lorsqu'il est en patrouille plutôt qu'à un poste fixe le personnel pouvant servir de relève soit en contact radio avec le poste central grâce à un "walkie-talkie", afin de pouvoir répondre le plus rapidement possible en cas de suicide.

**Réanimation cardiopulmonaire**

La respiration artificielle par le bouche-à-bouche fait partie de la réanimation cardiopulmonaire, mais elle constitue une expérience désagréable après une tentative de suicide par pendaison. L'appareil AMBU agit avec autant, sinon plus, d'efficacité.

**Recommandation**

**21.** Il est recommandé que dans un cas de suicide des dispositions soient prises à Springhill pour que l'infirmier se présente plus rapidement qu'à l'heure actuelle sur les lieux d'un suicide avec l'appareil AMBU.

Certains employés hésitent à pratiquer le bouche-à-bouche par crainte de contracter le syndrôme immuno-déficitaire acquis (SIDA). Il est bien possible que cette crainte soit liée à la tendance de considérer bien des détenus comme des homosexuels. Cependant, étant donné le peu de connaissances dont on

dispose sur le SIDA et tout ce qui à été dit sur ce sujet, ces craintes sont compréhensibles et renforcent la nécessité d'intervenir rapidement avec l'AMBU au lieu de pratiquer la réanimation cardiopulmonaire par le bouche-à-bouche.

Bien qu'aucun suicide ne soit survenu dans les unités résidentielles ou les communautés thérapeutiques de Springhill, cela ne veut pas dire que ces endroits sont nécessairement à l'abri de tels incidents. Un détenu a déjà tenté de se suicider dans une unité résidentielle (pas un des sept suicidés). À Springhill, le corridor qui mène actuellement du centre de santé aux unités résidentielles et à la communauté thérapeutique mesure plus de 250 verges et est fait en forme de U.

**Recommandation**

22. Il est recommandé d'étudier la possibilité d'améliorer l'accès entre le centre de santé et les cellules à Springhill.

Il faut qu'un plus grand nombre d'employés reçoivent une formation en réanimation cardiopulmonaire mais:

(a) les coupures de personnel excluent la possibilité de libérer les employés de leurs tâches habituelles pour leur permettre de suivre des cours de formation; et

(b) il est interdit de payer des heures supplémentaires pour permettre aux employés de suivre des cours de formation.

Même s'il y avait des patrouilles aux demi-heures, il serait difficile d'intervenir assez rapidement en cas de suicide pour sauver des vies.

**L'équipe de nuit**

La discussion avec l'agent de correction a aussi porté sur les employés de nuit et sur le plan d'action en cas de suicide. L'effectif complet de

l'équipe de nuit compte treize employés.

Seuls les deux agents de patrouille peuvent assurer la relève dans les cas où ce ne serait pas prudent qu'un agent entre seul dans une cellule ou laisse son poste.

**Recommandation**

**23.** Compte tenu de ce qui précède, il est recommandé d'ajouter au personnel de nuit de Springhill:

(a) un deuxième infirmier autorisé ou un assistant médical qui serait affecté au centre de santé; et

(b) un agent de correction supplémentaire qui serait affecté aux cellules de l'unité de réception.

**Les transfèrements interrégionaux**

Quand les établissements sont surpeuplés, tous les membres du personnel sont soumis à des pressions supplémentaires. Les transfèrements interrégionaux importants ont créé des problèmes alarmants dans la région de l'Atlantique, et la situation est aggravée par les transfèrements intrarégionaux.

Les transfèrements interrégionaux relèvent de l'administration centrale qui, de l'avis de plus d'un agent principal, est peu consciente des problèmes que ces transfèrements importants, surtout les transfèrements "hâtifs", posent aux détenus et au personnel des établissements d'arrivée sur le plan humain. Certains préféreraient que les décisions relatives à l'importance numérique et à la fréquence de chaque transfèrement interrégional soient de nouveau confiées à l'administration régionale.

Les transfèrements interrégionaux sont ordinairement effectués dans des avions nolisés, généralement par groupes de vingt à trente détenus, soit environ deux fois plus que dans un transfèrement intrarégional. Il semble qu'un directeur ait tenté de faire plafonner le nombre de détenus des groupes interrégionaux, mais l'Administration centrale a rejeté sa demande pour des raisons financières.

Beaucoup semblent penser qu'il est impossible d'éviter de transférer un grand nombre de détenus en même temps parce qu'il en coûte 75 000 $ pour noliser un avion. Ce fait n'est pas fondé, pas plus que ce que nous a raconté un membre du personnel supérieur. Même si ces faits se révélaient inexacts, ils illustrent bien les sentiments du personnel des établissements. Un problème de transfèrement survenu vraisemblablement au début de l'été 1983 n'était pas encore résolu à la mi-octobre. Quinze à vingt détenus sont arrivés dans le région de l'Atlantique dans le cadre d'un transfèrement interrégional, et il semble que chacun d'entre eux avait en sa possession une lettre précisant qu'il serait transféré soit à Warkworth, soit à Joyceville, deux établissements de l'Ontario.

Quand un grand nombre de détenus sont transférés en même temps, c'est l'établissement d'arrivée qui doit porter le poids des pressions et des responsabilités.

**Recommandation**

**24.** Il est recommandé:

(a) que l'administration centrale limite le nombre de détenus transférés en même temps ver le même établissement afin de permettre l'insertion rapide et ordonnée de ces détenus et l'étude de leur dossier; et

(b) que la fréquence de ces transfèrements soit elle aussi étroitement contrôlée afin d'éviter de surcharger l'effectif des établissements d'arrivée.

25. Il est recommandé que l'administration régionale ait un droit de véto sur le transfèrement interrégional de groupes de détenus excessivement nombreux ou sur la fréquence des transfèrements vers les établissements de Dorchester ou de Springhill.

Le surpeuplement crée des problèmes dans l'ensemble de la région de l'Atlantique. Cela signifie qu'un détenu envoyé à Dorchester et où il est décidé qu'il purgera sa peine à Springhill attendra peut-être jusqu'à trois mois à Dorchester avant d'être transféré à Springhill parce que cet établissement est surpeuplé. Le 3 octobre 1983, le directeur de Dorchester signale au groupe d'étude que sur une population d'environ 450 détenus, 150 sont classés de niveau de sécurité moyenne (S4), "mais il n'y a nulle part où les envoyer".

**L'emploi et le salaire des détenus**

Au cours des dernières années, la politique d'emploi des détenus et les échelles de salaires ont été révisées de façon radicale. Auparavant, pratiquement tous les détenus pouvaient être classés comme travailleurs et ils touchaient un salaire aux taux établis. À l'heure actuelle, le travail des détenus est organisé selon un "tableau d'effectif" (au sens militaire du terme). Le nombre de détenus affectés à un travail ne doit pas dépasser le nombre autorisé par le "tableau d'effectif". Lorsqu'un détenu veut travailler et qu'il n'y a aucun poste vacant, il ne peut que toucher un salaire au taux le plus bas - ce qui en réalité équivaut à une indemnité de chômage. Les détenus "chômeurs" de Springhill sont enfermés dans leurs cellules pendant

l'avant-midi, mais sortent pour un programme quelconque d'activités dans l'après-midi. Nous ne disposons pas de détails à cet égard. Un responsable de Dorchester s'inquiète du manque de discipline et du manque de travail. À son avis, la mise en oeuvre du projet de coupe de bois est une réussite importante. Les détenus sont rémunérés au taux en vigueur dans la collectivité; ils paient un loyer, etc. La responsabilité individuelle est encouragée chez les détenus qui ont la bonne fortune de travailler.

**Les perceptions du personnel des établissements**

**Les surcharges et les retards** - Plusieurs employés ont déploré les surcharges de travail et les retards qui s'ensuivent. Il semble que les situations déjà décrites dans les rapports de contrôle de la gestion n'aient pas encore été corrigées, ce qui constitue, probablement un indice révélateur de la surcharge de travail. Les carences repérées se font sentir partout et affectent la plupart des services fournis directement aux détenus, que ce soit en médecine, en psychiatrie, dans la gestion des cas ou en psychologie. Le groupe d'étude a obtenu des informations de première main.

Nous avons eu des entrevues assez longues avec le personnel de Dorchester, de Springhill et de Westmorland, mais pas avec des représentants de chaque chaque type d'emploi dans chaque établissement. Nous présentons un tableau composite des différents services. Nous reconnaissons l'influence qu'a eu sur le personnel toute la publicité qui à été faite autour des récents suicides dans la région, d'une part, et le mandat du groupe d'étude, d'autre part. Certains problèmes méritent une attention spéciale.

**Le classement et le surpeuplement** - Des employés exerçant diverses fonctions à différents niveaux de responsabilité laissent entendre que le surpeuplement a, jusqu'à un certain point, influé sur les critères de

classement. Springhill, qui est un établissement à sécurité moyenne, reçoit maintenant des détenus qui auraient été envoyés dans des établissements à sécurité maximale.

**Les transfèrements et le surpeuplement** - Nous avons fait des entrevues dans les trois établissements (Dorchester, Springhill et Westmorland) auprès de diverses catégories de personnel - pas toutes les catégories dans chaque établissement - de détenus et de représentants de trois comités consultatifs de citoyens.

**Les périodes de vulnérabilité** - Les recherches sur les suicides auxquelles ont procédé les systèmes de justice pénale indiquent que le détenu est le plus vulnérable immédiatement après l'arrestation et pendant la période précédant le procès. Pendant la période intéressant le groupe d'étude, c'est-à-dire celle qui suit la condamnation, la plupart des suicides surviennent au début de l'incarcération. Il faut tenir compte de l'hypothèse voulant que les transfèrements à l'intérieur du système créent une nouvelle situation à laquelle le détenu doit s'adapter. Il convient de noter que cinq des sept suicidés avaient passé moins de quatre mois dans l'établissement où ils se sont tués. Dans les deux autres cas, les détenus étaient dans l'établissement depuis environ deux ans, mais ils se trouvaient tous deux dans l'obligation de s'adapter à un changement prévu dans leurs rapports avec la population carcérale ou le Service correctionnel du Canada.

Certains agents de gestion des cas de la région de l'Atlantique qui connaissent bien le modèle de "placement pénitentiaire" disent qu'ils se sentent mal à l'aise face au nouveau système régional de réception. Entre autres conséquences, le modèle régional de réception oblige les détenus à passer par deux et même trois processus de réception dans le cas des détenus condamnés à Terre-Neuve et transférés à Dorchester.

## RAPPORT DU BUREAU DES CONSEILLERS EN GESTION, AOÛT 1981 - DOCUMENTATION

Le rapport du Bureau des conseillers en gestion met en lumière un dilemme qui avait été repéré à l'époque où les pressions exercées sur la population carcérale étaient moins vives qu'aujourd'hui. Ce problème existe toujours tant au niveau des transfèrements à l'intérieur du système qu'au niveau des détenus venus des systèmes provinciaux: à l'arrivée des détenus, les dossiers sont incomplets sinon inexistants. La note infrapaginale du rapport précise, à cet égard, que: **"Normalement, ces documents arrivent environ une semaine à dix jours après l'arrivée du détenu".**

Nos observations démontrent qu'actuellement il peut se passer plusieurs jours avant qu'un établissement ne connaisse les antécédents d'un détenu dont il est responsable: c'est une situation dangereuse et déplorable.

### Les instruments coupants

Rapport du Bureau des conseillers en gestion - Dorchester, Observation #40, page 58: **Tableau de distribution - instruments coupants épointés:** "IL FAUT DEMANDER AU SCC D'INSCRIRE AU TABLEAU DE DISTRIBUTION (NATIONAL) L'INSTRUMENT COUPANT UTILISÉ À DORCHESTER LORSQU'ON DÉCOUVRE QU'UN DÉTENU S'EST PENDU." (Point souligné par le groupe d'étude.)

À la suite d'une enquête de l'inspecteur général en 1980, les agents de patrouille ont cessé d'utiliser des couteaux de poche, mais aucun dispositif de sauvetage n'a été prévu pour les remplacer. Le pénitencier de Dorchester s'est donc procuré localement un instrument coupant semblable à des cisailles de ferblantier. Il semble qu'en janvier 1983, l'on n'avait pas encore discuté, au niveau national, de la nécessité de trouver un dispositif coupant de remplacement.

Il est suggéré de consulter un fournisseur d'instruments chirurgicaux.

**Recommandation**

**26.** Il est recommandé que:

(a) l'instrument coupant épointé semblable à des cisailles de ferblantier utilisé à Dorchester soit distribué à l'échelle du pays afin que les agents de patrouille en aient un à leur disposition; et

(b) des recherches soient entreprises pour trouver ou mettre au point un instrument encore plus efficace pour couper, dans les cas de pendaison, la corde, même si le cou est enflé.

Le suicide raté d'un détenu de Springhill illustre bien qu'un équipement efficace peut sauver des vies. Grâce à leurs efforts déterminés et peu conventionnels, le personnel et les détenus ont pu pénétrer dans la cellule au moment où la chaise basculait. Heureusement, la corde s'est rompue; mais si elle avait tenu bon, il aurait été vital de disposer immédiatement d'un instrument coupant. Ce cas ne fait pas partie de notre étude, mais il convient de le mentionner.

Cette question a de l'importance pour deux des trois cas de Springhill. Dans un cas en particulier, , les deux agents de correction arrivés les premiers sur les lieux auraient laissé entendre qu'ils craignaient que les ciseaux qui se trouvaient dans la boîte à clés soient très émoussés. "Cela m'a paru une éternité" avant que l'instrument ne réussisse à couper le lacet de chaussure.

## PRÉVENTION DES SUICIDES

De l'avis du groupe d'étude, le repérage et le traitement des détenus souffrant de troubles émotifs (y compris les cas cliniques de dépression), et

qui risquent de se suicider doivent constituer l'objectif le plus important et le plus réalisable du programme de prévention des suicides des établissements du SCC dans la région de l'Atlantique. Quant aux objectifs secondaires, ils seront examinés ailleurs dans le présent rapport.

Les mécanismes actuels de repérage des détenus suicidaires sont insuffisants sur les plans suivants:

1. il n'existe pas de mécanisme fiable pour repérer les détenus souffrant de troubles psychiatriques;
2. les employés ne savent pas repérer les candidats au suicide;
3. la transmission des renseignements sur les détenus suicidaires d'un établissement à l'autre, d'un système à l'autre, et d'un service à l'autre du même établissement est lente.

**La liste des détenus suicidaires - "papillon rouge"**

Cette liste a apparemment été établie pour la première fois au pénitencier de Dorchester à l'automne de 1982. Aucun des sept cas de suicide ne figurait sur une liste. Une ébauche de la formule de renseignements sur le suicide de Dorchester est annexée (annexe IV).

Le groupe d'étude ignore s'il existait une liste des détenus suicidaires à Springhill pendant la période l'intéressant, c'est-à-dire du 1er janvier au 1er septembre 1983.

**"CONAID"**

Le comité de détenus de Dorchester a soulevé la question de "CONAID". La rangée de cellules d'un bloc cellulaire est isolé du corridor de l'aile principale par une porte pleine. Ainsi, en cas de pendaison, de crise cardiaque ou de toute autre urgence après le couvre-feu, les détenus peuvent difficilement communiquer avec le personnel correctionnel.

À Dorchester, seul le pavillon cellulaire B1 est doté de "boutons d'urgence". Il a été suggéré d'autoriser un détenu à patrouiller dans le corridor du bloc cellulaire la nuit. Le groupe a été informé des problèmes relatifs aux objets interdits qui sont survenus quand un système semblable fut mis sur pied au pénitencier de la Saskatchewan.

**Recommandation**

27. Il est recommandé que le pénitencier de Dorchester considère la possibilité de mettre en oeuvre, à l'intention des détenus un programme d'auto-assistance comme CONAID.

La prévention du suicide fait partie intégrante des responsabilités du SCC, au même titre que le maintien de la santé et la sauvegarde de la vie des hommes et des femmes en détention. En réalité, cette responsabilité incombe à chaque membre du personnel de l'établissement, au groupe du service des Visites et de la correspondance, à la personne qui distribue les vêtements, aux instructeurs, aux professeurs, aux gardiens. Les responsables de la gestion des cas, psychologues compris, ont une responsabilité "officielle". Le groupe d'étude croit que le personnel du centre de santé, y compris le psychologue, est tout particulièrement concerné et chargé de responsabilités spéciales; le service d'aumônerie joue un rôle spécial.

Dans les établissements du SCC, il est possible que le détenu troublé fasse part de ses peurs et de ses problèmes à n'importe quel membre du personnel qu'il croit intéressé et compatissant, et qui se trouve au bon endroit au bon moment. Chaque membre du personnel doit immédiatement alerter le centre de santé si un détenu présente un trouble émotif grave qui est alarmant, ou il doit alors prendre les dispositions nécessaires pour faire conduire le détenu au centre de santé, par l'entremise du gardien responsable. Il n'est pas question de présenter des excuses pour les fausses alertes. La préservation d'une vie vaut bien plusieurs appels ou visites de prévention, et l'état suicidaire n'est pas un état permanent chez l'individu à risque élevé.

La situation des patients de l'aile psychiatrique d'un hôpital général peut servir de leçon au personnel d'un établissement du SCC. Plus d'un patient a pu obtenir un secours considérable auprès de la **femme de ménage** qui occupe le niveau hiérarchique le plus bas.

N'importe quel membre du personnel du SCC peut devenir l'instrument qui permettra d'aider le détenu manifestant des symptômes dangereux ou le début d'une crise suicidaire. Il se peut que la nature du problème soit obscure, mais le besoin d'aide est habituellement très clair lorsque le détenu se confie à un membre du personnel - c'est un appel au secours. Il importe de rechercher l'aide du centre de santé et de **l'équipe professionnelle** le plus tôt possible (infirmier, médecin, psychiatre, psychologue). À leur tour, ils s'adresseront à l'agent de gestion des cas, etc.

Les signes avertisseurs du suicide sont très bien élaborés et présentés dans **"La prévention du suicide en prison"** - Guide de l'étudiant et Guide de l'instructeur - publié à Ottawa en 1981 par la direction générale des Communications pour les services médicaux et de santé du SCC. Ce document est excellent.

Deux points sont soulevés. La nécessité d'inculquer aux gardiens et aux employés du Service correctionnel la notion de "... vouloir aider..." est d'une importance capitale. Le personnel du service des Visites et de la correspondance de Dorchester constitue un exemple excellent et actuel d'un groupe humanitaire et compatissant qui sait repérer et signaler le désarroi et le chagrin des détenus à la suite d'un appel téléphonique ou d'une lettre. Le deuxième point concerne la nécessité de renforcer les compétences psychiatriques des infirmiers en vue d'améliorer les réactions immédiates aux troubles émotifs graves, y compris la dépression clinique, ou aux "crises suicidaires". Puisque la moitié du temps, ils sont les seuls professionnels immédiatement disponibles à l'établissement, ce deuxième point sera plus amplement étudié dans la section réservée aux soins infirmiers.

Un niveau élevé de vigilance attentive de la part de tous les employés de l'établissement est une condition préalable à une meilleure identification des détenus atteints de troubles émotifs graves qui risquent de se suicider.

**Recommandation**

28. Il est recommandé:

(a) que tout le personnel de l'établissement reçoive régulièrement de l'information sur le suicide en général et sur le suicide en milieu pénitentiaire en particulier;

(b) que les psychiatres et les psychologues en titre tiennent des ateliers d'éducation permanente;

(c) que des conférenciers de l'extérieur soient invités pour aider les employés à perfectionner leurs connaissances et à améliorer leurs compétences face à ce phénomène.

Ce n'est pas seulement dans les prisons qu'un niveau élevé de vigilance est nécessaire pour reconnaître un individu suicidaire. Cependant, les circonstances particulières du milieu carcéral doivent accentuer d'autres problèmes tels que les évasions, la manipulation de détenus par d'autres détenus, etc. Il est donc doublement important d'utiliser des moyens d'enseignement appropriés pour hausser le niveau de sensibilisation des employés. **En sachant que l'impulsion suicidaire est souvent ambivalente et transitoire et que les suicidaires donnent souvent des avertissements reconnaissables de leurs intentions et en étant conscients d'autres renseignements pertinents, le personnel réussira à améliorer sa capacité d'identification rapide.**

L'Annexe IV comprend "les comportements à surveiller chez les détenus potentiellement suicidaires", de même qu'une "ébauche" de la "Formule de renseignements sur le suicide", le tout accompagné d'une lettre explicative que le psychologue du pénitencier de Dorchester faisait parvenir au chef des services de psychologie de l'Administration centrale à Ottawa le 16 juin 1983. Les propos suivants sont tirés de la lettre: "L'information à l'annexe... a été transmise aux directeurs adjoints à l'intention de leur personnel. Le directeur adjoint du service de sécurité affirme qu'elle est devenue l'ordre permanent à suivre en cas de suicide" à l'établissement de Dorchester. "À ce jour, l'identification, la cotation - inclusion/exclusion ont été confiées aux psychologues.

L'annexe V est un formulaire de l'établissement de Springhill comprenant une section de quatre lignes sur le "suicide". Au moment du présent rapport, il semble que ce formulaire soit désuet et ait été remplacé par un formulaire mis à jour et révisé.

**Programme de recherche prospectif, multidisciplinaire et faisant appel à plusieurs centres**

Burtch et Ericson affirment: "Au début de nos recherches, nous espérions établir des typologies de détenus prédisposés au suicide. Alors que nous avons établi que certaines variables examinées étaient plus profondément associées aux détenus suicidaires qu'aux autres détenus, nous avons conclu que le suicide est souvent imprévisible chez les détenus, reflétant une qualité énigmatique et omniprésente qui dépasse les compétences des sciences behavioristes. Nos recherches bibliographiques nous ont démontré que les experts sur le suicide chez les détenus sont loin d'être d'accord sur la genèse ou sur les stratégies de prévention du suicide chez les détenus."[1] (Annexe III)

Burtch et Ericson ajoutent "... la caractérisation des détenus suicidaires n'a pas été clairement précisée et donne peu d'espérances pour la prévision de suicides éventuels. Les experts conviennent toutefois que peu de prisons ont réussi à déceler les détenus clairement troublés et à réagir en conséquence".

**On peut présumer qu'il est essentiel d'apporter des changements au système actuel des services médicaux et de santé, y compris la psychologie et la gestion des cas, afin de contribuer à la prévention du suicide ainsi qu'au repérage des détenus suicidaires de Dorchester et Springhill et de leur prodiguer des soins.**

1 Burtch, B.E. et Ericson, R.W., Le système occulté: Une enquête sur les détenus qui se suicident, Centre de criminologie, Université de Toronto, Toronto, Ontario, 1979, page 77.

Le groupe d'étude croit que seul un programme de recherche prospectif, multidisciplinaire et faisant appel à plusieurs centres peut vraiment aider le SCC à prévenir les suicides. Il faut étudier un nombre considérable de détenus pour obtenir des données exactes du point de vue médical, psychiatrique, neurologique, psychologique et infirmier; il faut des analyses de laboratoire appropriées pour appuyer ces données (analyses biochimiques et électro-encéphalogrammes). Il est indispensable de se mettre d'accord sur les définitions de termes, par exemple, la "tentative" de suicide. La planification épidémiologique et biostatistique est essentielle.

Cette étude constituerait une suite logique à l'excellente étude Burtch-Ericson parrainée par le ministère du Solliciteur général.

Recommandation

29. Il est recommandé d'entreprendre éventuellement un programme de recherche à long terme, multidisciplinaire, et faisant appel à plusieurs centres, dans une perspective épidémiologique et biostatistique, et mettant à contribution la psychiatrie, la psychologie et la neurologie, la médecine et les soins infirmiers, des services de laboratoire complets à l'appui. Ce programme viserait à mieux repérer les détenus potentiellement suicidaires et à améliorer la prévention et le traitement.

## LES SERVICES MÉDICAUX ET DE SANTÉ

**"Préface**

"LE COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DES SERVICES DE SANTÉ RECOMMANDE QU'UN SERVICE DE SANTÉ HUMANITAIRE, COMPRENANT LA MÉDECINE, LA PSYCHIATRIE, LA DENTISTERIE, LES SOINS INFIRMIERS ET LES SERVICES DE SANTÉ CONNEXES, SOIT FOURNI AUX PATIENTS-DÉTENUS DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES PAR DES PROFESSIONNELS DÛMENT AUTORISÉS DANS LEUR PROVINCE. CE SERVICE CONTRIBUERA DIRECTEMLNT OU INDIRECTEMENT À LA RÉADAPTATION DES DÉTENUS PAR LEURS EFFORTS PERSONNELS.

CETTE IMPORTANTE RÉORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX ET DE SANTÉ (*) RÉUSSIRA DANS LA MESURE OU LE DIRECTEUR GÉNÉRAL SAURA RECRUTER UN PERSONNEL PLEINEMENT EFFICACE.[1]

Des infirmiers autorisés sont en service jour et nuit aux centres de santé de Dorchester et de Springhill. Un médecin omnipraticien visite les patients du centre de santé, quatre avant-midi (demi-journées) par semaine. À Dorchester, le service de psychiatrie est situé dans le centre de santé; le psychiatre est employé par le Service correctionnel du Canada deux demi-journées par semaine.

* Les "Service médicaux et de santé" comprennent la médecine (y compris la psychiatrie), la dentisterie, les soins infirmiers et les services de santé connexes.

1 Tiré du premier rapport du Comité consultatif national des services de santé présenté au Commissaire du Service canadien des pénitenciers, 1974.

À Springhill, le médecin omnipraticien visite les patients, quatre demi-journées par semaine; le psychiatre travaille trois demi-journées par semaine et le service de psychatrie se trouve à l'extérieur du centre de santé, dans le secteur de la gestion des cas. Tous ces médecins sont de garde pour les urgences ou pour assurer une suppléance immédiate.

Le service de psychologie est placé sous la direction du directeur adjoint à la Socialisation, et comprend deux psychologues au pénitencier de Dorchester et trois à l'établissement de Springhill. L'établissement de Westmorland dispose des services d'un psychologue.

Une seule ressource est immédiatement et constamment disponible pour le traitement du détenu souffrant de troubles émotifs graves ou soupçonné d'être suicidaire; c'est le centre de santé doté 24 heures sur 24 de professionnels, des infirmières autorisées en l'occurence. L'infirmière autorisée peut fournir des soins immédiats, sur les ordonnances téléphoniques du médecin en titre, ou, sur consultation téléphonique avec le psychiatre à moins que le médecin ou le psychiatre ne soient sur les lieux et ne s'en acquittent. Ce sont des procédures utilisées jour et nuit dans les hôpitaux communautaires pour soigner les personnes aux tendances suicidaires ou atteinte de troubles émotifs graves.

**Le rôle et les responsabilités des professionnels des services médicaux et de santé**

À ce stade-ici, il est nécessaire de digresser temporairement pour décrire le rôle et les responsabilités du médecin en titre, c'est-à dire du directeur médical du centre du santé, et aussi du psychiatre. Le directeur médical relève du directeur de l'établissement et du directeur régional des services de santé, pour le maintien de la santé des détenus de cet

établissement, la qualité des services médicaux et de santé et l'activité professionnelle appropriée (fonctionnelle) du centre de santé. Le groupe est persuadé que le rôle et les responsabilités professionnelles du directeur médical - médecin en titre - doivent être les mêmes, qu'il soit fonctionnaire à temps plein ou fonctionnaire "à contrat". Vu son rôle spécialisé, le psychiatre agit comme consultant auprès du médecin de l'établissement; des détenus sont vus en consultation à la demande du médecin en titre; en effet, le directeur et le psychologue dirigent aussi les détenus vers le psychiatre. Cependant, ce système varie d'un établissement à l'autre. Certains patients poursuivent leurs traitements à la clinique psychiatrique et d'autres sont admis sous les soins du psychiatre au centre de santé. Il devient responsable de leur traitement professionnel (fonctionnel), de leur santé et de leur bien-être, tout en relevant du médecin en titre dans sa fonction de directeur médical du centre de santé.

**Recommandation:**

30. Il est recommandé que le SCC reconnaisse explicitement la responsabilité et l'autorité professionnelle (fonctionnelle) du médecin à temps partiel (à contrat) et du psychiatre à temps partiel (à contrat) dans toutes les questions concernant le traitement des patients.

31. Il est recommandé que tous les professionnels travaillant auprès des patients dans les centres de santé détiennent un permis de la province d'emploi. Cette recommandation s'applique aux médecins, aux dentistes, aux infirmiers, aux psychologues et aux autres professionnels de la santé.

Étant membre d'une profession connexe, le psychologue collabore au traitement et aux soins du patient-détenu en tant qu'associé et collègue du médecin en titre ou du psychiatre responsable. Pour avoir qualité de

psychologue clinicien pratiquant la thérapie, le psychologue doit posséder les qualifications professionnelles requises par l'association provinciale.

Il faut faire la distinction entre le rôle et les responsabilités du psychologue de la gestion des cas relevant du directeur adjoint à la Socialisation, et ceux du psychologue des services médicaux et de santé chargé du traitement des troubles caractériels et des troubles de la personnalité, et aussi de la thérapie rééducative ayant pour objet le mode de vie criminel chez l'individu. Les termes "clinicien" et "traitement" sont utilisés ici uniquement dans le cadre des services médicaux et de santé.

## LA PSYCHIATRIE

### Examen psychiatrique de sélection à l'admission

La population carcérale comprend un pourcentage élevé de détenus considérés comme étant des cas psychopathologiques, tant du point de vue émotionnel que du point de vue psychique; une procédure suivie de sélection est absolument nécessaire à l'admission. L'examen de l'état mental et émotif d'un détenu n'est pas moins important que l'examen physique. Cet examen de sélection pourrait être effectué dans les établissement du SCC par des omnipraticiens ou par les infirmières ayant une formation en psychiatrie. Des questionnaires administrés par les infirmières, les médecins et les autres membres du personnel faciliteraient ce processus.

**Recommandation:**

32. Il est recommandé qu'à l'admission, l'infirmier et le médecin en titre fassent subir à chaque nouveau détenu un bref bilan psychiatrique dans le but de repérer les problèmes psychiques possibles, y compris les tendances suicidaires.

Dans les 24 heures suivant l'admission, le personnel infirmier recueille les antécédents médicaux et effectue un bref examen médical à l'aide de la formule SCC 416 (5/80) (Annexe VII).

La Question 24 devrait être modifiée et se lire: "Avez-vous eu des maladies chroniques?"

En plus de faire remplir le questionnaire sur les antécédents médicaux, c'est-à-dire la formule SCC 416, l'infirmier devrait poser certaines questions supplémentaires avec attention et délicatesse et ce, même si le détenu n'a pas répondu "oui" aux questions 1-2-18-20-26.

En comparaison avec la population carcérale générale, Burtch et Ericson ont inscrit une réponse beaucoup plus positive à ces questions dans leur enquête sur les 96 cas du suicide.

**Recommandation:**

**33.** Il est recommandé que quatre questions supplémentaires soient ajoutées à la formule SCC 416 et que l'infirmier les pose avec attention et délicatesse:

1. Avez-vous déjà été admis (a) dans un hôpital psychiatrique; (b) au service psychiatrique d'un hôpital général?
2. Avez-vous déjà fait une dépression (nécessitant un traitement médical) qui a duré plus **d'une** semaine?
3. Vous êtes-vous déjà senti déprimé au point où vous avez pensé vous suicider ou avez tenté de vous suicider?
4. Avez-vous déjà été patient dans une clinique psychiatrique ou patient d'un psychiatre en pratique privée?

Au dernier paragraphe de la formule SCC 416 (5/80), l'infirmier doit inscrire tout indice de trouble émotif grave ou de tendance suicidaire. Il doit immédiatement consulter le médecin en titre qui est de garde. Alors, avec l'appui du médecin, il doit aviser les services de garde, de psychologie, de gestion des cas et d'aumônerie qu'une "surveillance étroite" est requise.

**Recommandation:**

**34.** Il est recommandé d'adopter un système selon lequel tout le personnel serait officiellement averti du risque de suicide chez un détenu atteint de troubles émotifs: la "surveillance étroite".

**Surveillance étroite**

Les paragraphes suivants traitent et donnent une description du système officiel de "surveillance étroite" pour les détenus souffrant de troubles émotifs (y compris les cas cliniques de dépression). Tel qu'il est recommandé ici, le système entraînera une surabondance d'identification. La manipulation de la part des détenus est un fait reconnu; il y aura donc de "faux cas positifs". Cependant, la surabondance de diagnostics est le seul moyen fiable de limiter les événements catastrophiques à faible taux de fréquence; elle doit être acceptée comme le juste prix à payer pour améliorer l'identification des détenus qui risquent de se suicider. C'est la logique derrière la recommandation d'un système officiel. Les employés à tous les niveaux doivent être en mesure de "déclencher" la procédure conduisant à la surveillance étroite en signalant au centre de santé tout détenu qui semble manifester un trouble émotif ou psychique grave ou un comportement suicidaire possible, ou en conduisant le détenu au centre de santé par l'entremise de l'agent principal.

Nous présumons ici qu'il n'est pas possible de bien surveiller un patient suicidaire dans sa cellule ordinaire En plus des contraintes structurales de l'endroit et de la fréquence (ou de la rareté) de la surveillance, il est probable que les gardiens soient peu renseignés sur le problème du détenu et qu'ils n'aient pas appris à considerer le suicide comme un danger possible.

Nous présumons aussi que, fondamentalement, les précautions contre le suicide ne visent par seulement l'observation du détenu, mais aussi l'élaboration de procédures qui rendront le détenu non suicidaire.

Enfin, on doit présumer que les détenus suicidaires ne doivent pas être traités différemment des citoyens suicidaires en général; ils requièrent la surveillance et le traitement fournis dans un contexte hospitalier.

**Recommandation:**

**35.** Il est recommandé que:

(a) toute les catégories d'employés qui ont des contacts personnels avec les détenus i.e., sécurité, agents de gestion des cas, psychologues, psychiatres, médecins, infirmiers, et al, soient en mesure d'entamer le processus de "surveillance étroite" en remplissant une "carte de surveillance étroite" au sujet du détenu qui est perçu comme étant **gravement** suicidaire; et

(b) la carte devrait indiquer les raisons pour lesquelles la personne juge que le détenu risque de se suicider.

**36.** Il est recommandé que, dès que la "carte de surveillance étroite" est remplie, le détenu devrait être immédiatement signalé au centre de santé ou y être conduit par l'entremise de l'agent principal en service et que le médecin en titre, sur l'avis du psychiatre ou du psychologue consultant proposé du centre de santé, décide qu'une "surveillance étroite" soit exercée ou non.

La mise en application de la "surveillance étroite" dépendrait de la gravité du problème dont souffre le détenu. Elle pourrait nécessiter une décision immédiate de la part de l'infirmier en service, moyennant des conseils par téléphone du médecin en titre et/ou du psychiatre, et dans le cadre des "ordres médicaux permanents" en vigueur dans l'établissement en question. Le détenu pourrait être immédiatement transféré à une cellule "tranquille" au centre de santé et soumis à une surveillance étroite et,si possible, électronique. Dans les cas moins urgents, le médecin en titre doit décider de

la "surveillance étroite" dans les 48 heures, sur recommandation, au besoin, de l'équipe comprenant le psychiatrie, l'infirmier et le psycholoque.

**Recommandation:**

37. Il est recommandé que:

(a) dans les 48 heures suivant la mise sous "surveillance étroite", le cas soit étudié par l'équipe médicale/psychiatrique dirigée par le médecin en titre, et comprenant le psychologue, le psychiatre consultant et l'infirmier;

(b) l'équipe juge que le risque de suicide est important, le détenu doit alors être transféré au service hospitalier du centre de santé s'il n'y est pas déjà, sous la responsabilité globale du médecin en titre et directement sous les soins du psychiatre consultant. Les détenus de l'établissement de Westmorland doivent être admis au centre de santé de Dorchester;

(c) une fois rendu au centre de santé, le patient/détenu doit recevoir un programme de soins médicaux et infirmiers semblable à celui qui est offert à ce type de patient dans les hôpitaux psychiatriques en général; et

(d) ce programme doit être appliqué jusqu'à ce que l'équipe médicale/psychiatrique dirigée par le médecin en titre et conseillée par le psychiatre juge que le détenu/patient n'est plus suicidaire et n'a plus besoin de "surveillance étroite".

Dans la recommandation n°37 qui précède, la responsabilité incombe au médecin en titre qui collabore avec l'équipe psychiatrique formée du psychiatre, de l'infirmier, du psycholoque, et al; l'équipe assumant la plus grande part du processus décisionnel. C'est logique puisque le psychiatre a la connaissance approfondie nécessaire déceler et traiter les détenus suicidaires.

Les recommandations nos. 35, 36 et 37 proviennent de la notion qu'il est plus acceptable d'identifier un détenu non suicidaire comme étant suicidaire que vice-versa. L'hypothèse de la surabondance de diagnostics a été mentionnée précédemment. La politique sociale exige cette approche.

La décision de placer le détenu sous "surveillance étroite" relève de la responsabilité professionnelle du médecin en titre et du psychiatre; il en va de même lorsqu'il s'agit de cesser la "surveillance étroite". Le personnel des établissements chargé uniquement des décisions relatives aux absences temporaires et au transfèrement de détenus dans des prisons à niveau de sécurité moindre, doit être capable d'accepter et de faire confiance aux décisions de l'équipe professionnelle. Une bonne communication et un programme d'enseignement pertinent sont essentiels dans ce domaine. Il incombe à l'équipe médicale professionnelle de s'acquitter de cette responsabilité.

Le personnel des établissements prend des décisions en vue d'améliorer le séjour en établissement; de plus, il contribue considérablement aux décisions de la Commission nationale des libérations conditionnelles en ce qui concerne les absences temporaires (dans certains cas), les libérations conditionnelles de jour et les libérations conditionnelles totales. Ce sont des raisons supplémentaires et importantes qui exigent la meilleure communication entre le centre de santé et le personnel des établissements.

Ce programme augmentera considérablement la charge de travail de l'équipe de santé.

Pour déceler et traiter un trouble émotif grave, il faut établir un rapport ou une **relation de confiance** avec l'individu. En fait, cela veut dire que le professionnel doit passer du temps en contact direct avec le détenu.

Tout facteur qui raccourcit ce temps augmente les risques que le trouble émotif du détenu, y compris ses tendances suicidaires, passe inaperçu et ne soit pas traité. Voici certains facteurs qui ont contribué à raccourcir le temps de contact entre le personnel et les détenus:

1. la pénurie de personnel, par rapport au nombre idéal d'employés;
2. le surpeuplement qui entraîne une plus grande charge de travail pour le personnel actuel, l'augmentation du nombre de transfèrements, la multiplication des exigences en matière de documentation, laquelle augmente les tâches non cliniques du personnel clinique; et
3. l'augmentation des fonctions administratives du personnel du centre de santé; par exemple le directeur adjoint (services de santé) qui doit agir comme représentant du directeur. Cette situation est peu souhaitable parce que le détenu se répresente sous un faux jour les fonctions professionnelles et thérapeutiques de l'infirmier.

Il importe de reconnaître que ces empiètements sur le temps de contact empêchent la compréhension des problèmes du détenu. S'ils sont inévitables, il faut alors s'efforcer de les neutraliser.

Dans le but d'entreprendre les charges de travail accrues, actuellement en déséquilibre, il importe d'apporter les changements suivants sur le plan de la dotation en personnel, des programmes et des procédures. Ces changements sont conçus pour maximiser la durée du temps de contact entre le personnel clinique et les détenus. Les deux établissements de Dorchester et de Springhill sont pris en considération

**Recommandation**

38. Il est recommandé:

a) d'accroître le service psychiatrique au pénitencier de Dorchester en augmentant la durée des visites du psychiatre consultant, de façon

...

qu'il soit présent dans l'établissement au moins cinq demi-journées par semaine et que lui, ou un remplaçant, soit de garde en tout temps pour les urgences; qu'à l'établissement de Springhill, le psychiatre qui est actuellement présent trois demi-journées par semaine, le soit cinq demi-journées par semaine et que lui, ou un remplaçant, soit de garde en tout temps pour les urgences;

b) qu'une unité (psychiatrique de dix à quinze lits soit prévue dans le service hospitalier de Dorchester dans le but de recevoir et de traiter les détenus qui ont des tendances suicidaires ou d'autres troubles psychiques "traitables";

c) que deux lits pour services psychiatriques soient installés dans le centre de santé de l'établissement de Springhill pour permettre la surveillance étroite, peut-être électronique, et le traitement des patients-détenus qui ont de fortes tendances suicidaires ou qui sont atteints de troubles psychiques et émotifs, en attendant qu'ils soient transférés au service psychiatrique du pénitencier de Dorchester ou dans un hôpital provincial;

d) que le poste des soins infirmiers du service psychiatrique de Dorchester soit situé du même côté que les cellules de l'hôpital afin de permettre une observation continue des patients par le biais de contacts avec le personnel infirmier;

e) qu'un agent de sécurité soit de service dans le centre de santé de l'établissement de Springhill afin de faciliter l'accès aux cellules de l'hôpital. Sinon, il faudrait étudier la possibilité de laisser la clé des cellules à l'infirmier tout en prenant les précautions nécessaires pour éviter que la clé ne soit perdue ou que les détenus ne s'en emparent;

f) d'exiger que tous les infirmiers qui entrent au service du SCC suivent, pendant une période d'au moins huit à douze semaines, un

stage axé surtout sur la formation en psychiatrie. Une partie du stage se déroulerait dans le service médico-légal d'un hôpital psychiatrique, par exemple, l'Hôpital de la Nouvelle-Écosse, l'Institut Pinel ou l'Institut Clark; et

g) de toute nécessité, que Dorchester soit dotée d'un hôpital psychiatrique provincial reconnu, comprenant le service psychiatrique de 10 à 15 lits proposé. Autrement, les patients-détenus psychotiques, comme les patients schizophrènes suicidaires, ne peuvent être "internés" et être tenus de prendre les médicaments qui leurs sont nécessaires. L'établissement du SCC n'est pas un hôpital psychiatrique provincial assujetti à la Loi provinciale sur la santé mentale, et les détenus ne sont pas "internés".

Les dix à quinze lits des services psychiatriques proposés pour Dorchester et les deux lits proposés pour Springhill pourront subvenir à un nombre restreint de détenus ayant des troubles émotifs - les détenus que le groupe psychiatrique (le personnel médical/psychiatrique du SCC dans la région de l'Atlantique) a qualifié de CAS PSYCHIATRIQUES TRAITABLES. Ces lits ne doivent pas empêcher le personnel de voir les troubles émotifs des autres détenus au sein de la population générale. De plus, il sera encore nécessaire de transférer des détenus aux établissements provinciaux et aux centres psychiatriques régionaux pour recevoir un traitement intensif et/ou spécialisé.

L'équipe appuie fermement la recommendation du "groupe psychiatrique" (le personnel médical/psychiatrique du SCC dans la région de l'Atlantique) selon laquelle des mesures doivent être prises le

plus tôt possible pour garantir et faciliter le plus tôt possible l'accès aux lits d'hôpitaux provinciaux. Ces mesures satisferaient les besoins des patients-détenus suicidaires et atteints de psychose aiguë qui ne peuvent être traités dans les centres de santé des établissements en dépit des lits des services psychiatriques recommandés pour les centres de santé de Dorchester et de Springhill, ainsi que des deux lits spéciaux du centre de santé de Springhill, réservés aux détenus en observation.

**Les services psychiatriques - Dorchester**

Le psychiatre, le comité de détenus, le personnel infirmier et le psychologue ont convenu que les deux demi-journées que le psychiatre passe à Dorchester chaque semaine sont gravement insuffisantes, en dépit du fait que les séances de travail du psychiatre sont souvent particulièrement longues. Il est surchargé et dispose de peu de temps pour parler avec les patients-détenus.

Les infirmiers travaillant avec le psychiatre ont un sentiment aigu de frustration, du fait qu'ils croient ne pas avoir la possibilité de faire ce qu'il y a de mieux pour le patient-détenu souffrant de maladie mentale. De plus, plusieurs infirmiers sont d'avis qu'il leur manque une formation adéquate en psychiatrie. Les suicides n'ont fait que renforcer leur sentiment de frustration et d'incapacité.

En vue de revaloriser les services psychiatriques offerts aux patients-détenus qui manifestent de graves tendances suicidaires ou qui sont en pleine crise suicidaire et leur fournir les soins spécialisés,le groupe soumet la recommandation suivante:

**RECOMMANDATION:**

39. Fournir à un nombre suffisant d'infirmiers, dans les plus brefs délais, une formation "sur le tas" en psychiatrie et particulièrement en psychiatrie pénologique et en médecine légale psychiatrique, dans un hôpital universitaire ou provincial.

Actuellement, au cours d'une séance d'une demi-journée, la clinique psychiatrique de Dorchester peut recevoir vingt patients-détenus ou plus. Ce genre de situation entraîne un manque de confiance face à la psychiatrie et face au psychiatre impliqué.

**Surcharge de travail subie par les services psychiatriques: Dorchester**

Le Tableau II qui suit indique clairement le nombre de détenus de Dorchester ou de Springhill qui ont été admis aux centres de santé de ces deux établissements, aux centres psychaitriques régionaux et/ou dans des hôpitaux psychiatriques à l'extérieur des prisons. En 1982, entre le 1er janvier et le 1er septembre, le centre de santé de Dorchester recevait quinze patients; il en recevait trente dans la même période en 1983. L'équipe croit que ces chiffres permettent de démontrer la "surcharge" inévitable que subit le service psychiatrique du centre de santé de Dorchester. Les chiffres comparables pour Springhill indiquent une seule admission pour la période de 1982 et cinq pour la période de 1983.

TABLEAU II

ADMISSIONS AU CENTRE DE SANTÉ POUR TROUBLES PSYCHIATRIQUES

| | PATIENTS VENANT DE: | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1er JAN./82 - DORCHESTER | 1er SEPT./82 - SPRINGHILL | 1er JAN./83 - DORCHESTER | 1er SEPT.83 SPRINGHILL |
| ADMIS AU: | | | | |
| Centre de traitement de l'Ontario | 2 | 3 | 4 | 1 |
| CPR Pacifique | 1 | - | - | - |
| Hôpital psychiatrique de l'extérieur | 1 | 3 | 2 | 1 |
| Centre de santé de Dorchester ou Centre de santé de Springhill | 15* | 1* | 30* | 5* |

Préparé par le Direction générale des services médicaux, septembre 1983.

* Ces admissions aux centres de santé viennent de la population générale des établissements de Dorchester et de Springhill.

Dans la mesure où le centre de santé est assuré vingt-quatre heures sur vingt-quatre des services d'un infirmier ayant une formation en psychiatrie, et appuyé par une équipe composée d'un médecin en titre et du psychiatre en service cinq demi-journées par semaine et de garde pour les urgences, et moyennant la disponibilité du service de psychologie cinq jours par semaine, avec un assistant médical ou un deuxième infirmier pour le service de nuit, le groupe d'étude croit:

1. que le service de psychiatrie du centre de santé devrait regagner la confiance du personnel de l'établissement, des détenus, des psychiatres, des psychologues et des infirmières;
   et
2. que ce système, une fois établi au centre de santé, permettra de réduire le nombre de suicides.

Il convient de répéter le concept de base suivant: Lorsqu'un membre du personnel de garde, ou tout autre membre du personnel, constate qu'un détenu souffre de troubles émotifs et/ou mentaux graves ou semble suicidaire, il doit, par l'entremise du gardien chef, le signaler immédiatement au centre de santé ou bien conduire le détenu au centre de santé (voir Recommandation #3).

**L'unité psychiatrique régionale: Dorchester**

Le groupe croit que les services thérapeutiques spécialisés qui sont indépendants, isolés et limités à l'intérieur de l'établissement sans être rattachés à une faculté de médecine, à un important hôpital métropolitain, ou à un hôpital enseignant, se détériorent souvent avec une rapidité surprenante au niveau de la qualité des soins aux patients. Selon le groupe, il est très important que des spécialistes des soins hospitaliers rattachés à une université effectuent des visites pédiodiques. Avec la participation

professionnelle (fonctionnelle) des universités de "l'extérieur" et des spécialistes rattachés aux universités, il devrait vraisemblablement y avoir une introduction rapide des nouvelles méthodes de laboratoire et des mesures psychopharmacologiques qui, dans le moment, sont utilisées pour soigner les individus psychotiques et les personnes atteintes de troubles émotifs, y compris les dépressifs. Nous vivons à une epoque où la psychiatrie biologique évolue rapidement.

Tel que mentionné à la page 70, l'équipe appuie fermement la recommandation du "groupe psychiatrique" (le personnel médical/psychiatrique du SCC dans la région de l'Atlantique) à l'effet que des dispositions doivent être prises le plus tôt possible pour garantir et faciliter l'accès aux lits d'hôpitaux provinciaux. Le groupe croit que cette pratique serait dans le plus grand intérêt des patients-détenus et dans les meilleurs intérêts financiers du SCC et des hôpitaux psychiatriques de la région de l'Atlantique.

**Recommandation**

40. Il est recommandé qu'une entente soit convenue entre le SCC et les hôpitaux psychiatriques provinciaux pour les patients-détenus du SCC dans un état de psychose grave ou qui requièrent un programme spécial puissent être transférés promptement et recevoir les soins psychiatriques nécessaires.

**Les services psychiatriques - Springhill**

Le groupe a été impressionné par cet établissement à sécurité moyenne. Les pédophiles et les violeurs sont intégrés à la population générale plutôt que d'être gardés en isolement. La prison semble "ouverte" et il y a une faible fréquence d'agressions à coups de couteau et de meurtres chez les détenus.

**Psychiatrie-psychologie - Centre de santé - Communauté thérapeutique - Springhill**

Une équipe a été formée sous la direction du psychiatre; elle comprend trois psychologues du Service correctionnel du Canada et un psychologue chercheur parrainé par le gouvernement provincial. Cet effort d'étroite collaboration comprend aussi les agents d'unités résidentielles et les agents de rééducation et de formation (unités résidentielles) (AUR et LUDO) de même que les gardiens. Le psychiatre croit que le service de gestion des cas et les infirmiers du centre de santé y sont également engagés. Récemment, une visite effectuée par Maxwell Jones en vue d'évaluer la communauté thérapeutique avait donné lieu à un rapport généralement élogieux.

A Springhill, le point d'attache du service de psychiatrie et le psychiatre lui-même ne sont pas établis dans le centre de santé; c'est une situation que le psychiatre déplore mais juge inévitable.

Le psychiatre reçoit des demandes de consultation et des recommandations du médecin en titre et aussi du personnel infirmier au nom du médecin en titre; par exemple, récemment, l'infirmier en service téléphonait un soir pour l'informer qu'un détenu à la réception souffrait de troubles émotifs. On nous a donné à entendre qu'à la demande du psychiatre, les détenus troublés ou "dépressifs", identifiés par le personnel correctionnel ou par tout autre membre du personnel, sont adressés tout d'abord au psychologue qui décide si la consultation psychiatrique est nécessaire et, s'il y a lieu, prend les

mesures qui s'imposent. Le psychiatre et le psychologue de Springhill ont affirmé qu'il existe une collaboration réciproquement étroite et personnelle et qu'ils effectuent régulièrement une révision en commun de la liste des cas et de l'établissement des priorités.

Toutefois, pour fournir un meilleur système global de soins médicaux/psychiatriques aux patients-détenus, la nuit aussi bien que le jour et pendant les vacances et les fins de semaine, le groupe estime que la présence du psychiatre au centre de santé est nécessaire. Le centre doit être son point d'attache pour soigner les patients-détenus, et pour des fins d'éducation continue fournie à l'omnipraticien et aux infirmiers par des spécialistes comme le psychiatre. Ce genre d'arrangement serait une force unifiante et valorisante pour les services médicaux et les services de santé de Springhill. Le groupe croit que le traitement du patient-détenu souffrant de troubles émotifs et éventuellement suicidaire en serait amélioré.

**Recommandation**

41. Afin que le centre de santé et le service de psychologie dispensent le plus de soins possibles aux détenus, il est recommandé:

    a) qu'à Springhill, le centre psychiatrique dispensant des soins aux patients, y compris les cas possibles de suicides, soit relocalisé à l'intérieur du centre de santé le plus rapidement possible;

    b) que, dans la mesure du possible, les services de psychologie et les centres de santé de tous les établissement soient situés l'un près de l'autre; et

    c) que les médecins, infirmiers, psychiatres et psychologues soient encouragés à collaborer à l'élaboration de programmes traitant la détenus qui manifestent des problèmes psychologiques/de comportement, et les patients-détenus qui souffrent de troubles mentaux (y compris les dépressifs cliniques).

**Le centre de santé et le directeur adjoint, Services de santé (Springhill)**

Le groupe croit qu'en intégrant le point d'attache de la psychiatrie au centre de santé,

la qualité globale des services médicaux et de santé offerts aux patients-détenus en serait considérablement améliorée. Le groupe est convaincu qu'il est essentiel qu'une collaboration étroite et suivie existe entre le médecin en titre, le psychiatre, les infirmières et les psychologues.

La présence des services psychiatriques au sein du centre de santé contribuerait énormément à opérer ce changement. Dans le cas où ce changement ne surviendrait pas, une réorganisation en profondeur deviendrait inévitable.

**MÉDECINE GÉNÉRALE ET SOINS INFIRMIERS**

**Le centre de santé de Dorchester**

Le système de prestation des services de médecine générale est soumis à des pratiques administratives inhabituelles et peu souhaitables.

1. Le directeur régional des services de santé est aussi médecin en titre, desservant Dorchester et Westmorland une ou deux demi-journées par semaine. Il est fonctionnaire à temps plein; il doit répondre du centre de santé de Dorchester. Il est aussi chargé de maintenir la santé de la population carcérale de tous les établissements de la région de l'Atlantique, c'est-à-dire Springhill, Dorchester et Westmorland.
2. Un deuxième omnipraticien travaille à Dorchester quatre demi-journées par semaine. Il n'y a pas eu de communication entre ce médecin et le directeur du pénitencier. Le directeur adjoint des services de santé a décrit ce médecin associé comme "notre médecin à contrat". C'est ce deuxième médecin (à contrat) qui effectue la majeure partie du travail clinique.

**Le comité de détenus - Dorchester:** Le comité de détenus de Dorchester n'a formulé aucune plainte à l'endroit de la médécine générale.

**Inquiétudes du comité de détenus au sujet de la médication:** Le comité de détenus a formulé trois allégations concernant la médication:

1. "Des substitutions de médicaments sont faites sans ordonnance du médecin." Cela pourrait être plausible si l'on a changé de fournisseur pour un médicament en particulier. Il est fort possible que la couleur de la capsule ou de la solution contenant le même médicament soit différente.
2. "Les infirmiers changent la médication des patients-détenus sans ordannce du médecin". L'équipe a assuré le comité de détenus que cela était très peu probable, étant donné les vérifications imposées à la prescription et à l'administration des médicaments. De plus,

...

ce genre de comportement a déjà motivé le renvoi d'un infirmier autorisé d'un autre secteur du SCC.

3. "Les détenus reçoivent des médicaments qui ne sont pas utilisés par le grand public." Cette allégation vise la médication expérimentale. Un représentant du groupe d'étude a fortement nié l'existence d'une telle pratique.

**Recommandation**

42. Il est recommandé que le directeur de Dorchester s'efforce de régulièrement rassurer le comité de détenus face aux allégations précitées relatives aux médicaments.

Le groupe a discuté de ces problèmes avec un infirmier et un pharmacien de l'Administration centrale du SCC qui étaient chargés de contrôler la préparation et la distribution des médicaments pendant la semaine du 17 octobre 1983. Ils n'ont relevé aucun indication d'irrégularité.

Le comité de détenus n'a pas porté de jugement définitif sur la cause des suicides, sauf pour dire que - "il y a beaucoup de types qui sont deprimés." Ils ont admis ne pas faire confiance aux services psychiatriques.

Les services infirmiers - Dorchester: Nous avons eu la nette impression que les infirmiers se sentent surchargés et n'ont pas le temps de bien faire leur travail, avec satisfaction. Le sentiment de frustration est un thème important.

Malheureusement, un "congé" avait été accordé pour la journée réservée à la visite des malades. La visite a donc été annulée.

Le comité de détenus a fait mention de difficultés dans la communication entre le personnel infirmier et les détenus. Même s'il peut être exagéré, ce problème est important et il est renforcé par la rencontre avec le comité

consultatif de citoyens. Du 1er janvier au 1er septembre 1983, les infirmiers ont reçu une moyenne de 3 806 patients par mois lors des visites cliniques générales. Reconnaissant le fait que plusieurs détenus, probablement 30%, se présentent pour des motifs cachés, la possibilité de communication est quand même assez considérable. Il est aussi reconnu que les patients dépressifs se présentent rarement au centre de santé de leur propre gré. L'impression finale est celle d'un groupe d'infirmiers bien motivés.

À l'heure actuelle, les onze infirmiers sont tous autorisés: neuf au Nouveau-Brunswick, un en Ontario et un au Québec. Le DASS est autorisé en Nouvelle-Écosse. Dans l'éventualité d'un problème, comme la négligence ou les fautes professionnelles, il est fort souhaitable que les infirmiers soient autorisés par la province où ils exercent leur profession afin de faciliter un règlement convenable et rapide du problème. Ce serait à l'avantage de l'infirmier, du SCC et des patients. Le même principe s'applique aux médecins et aux dentistes.

**Le centre de santé de Springhill**

**Trois suicides:** l'effort d'intégration et de collaboration (psychiatrique, psychologique) qui semble si bien fonctionner à Springhill est admirable. Malgré cet effort coopératif, Springhill, un établissement à sécurité moyenne, a connu trois suicides et pas un des suicidés n'était inscrit sur une liste de détenus aux tendances suicidaires.

Les principes organisationnels émis à l'intention du centre de santé, de la médecine générale et de la psychiatrie de Dorchester en vue de prévenir le suicide sont tout aussi pertinents pour Springhill. De nouveau, il convient de mentionner la valeur exceptionnelle d'un service infirmier fonctionnant à longueur de journée; la nécessité d'assurer la présence d'un assistant médical, d'un infirmier auxiliaire autorisé ou d'un deuxième infirmier au

centre de santé pendant la nuit; l'importance de signaler au centre de santé ou de conduire au centre de santé, par l'entremise du gardien chef, tout détenu qui, de l'avis d'un membre du personnel correctionnel ou de tout autre employé de l'établissement, semble manifester des symptômes d'un trouble émotif ou psychique anormal ou des tendances suicidaires; l'amélioration et le perfectionnement de la formation psychiatrique des infirmiers; le soutien téléphonique et ou personnel immédiatement accessible aux infirmières par le biais des médecins en titre et des psychiatres ou de leurs remplaçants; un nombre suffisant de séances d'une demi-journée en psychiatrie et en médecine générale dans l'établissement même; la centralisation des services de médecine et de psychiatrie, les bases étant établies au centre de santé; l'établissement même; la centralisation des services de médecine et de psychiatrie, les bases étant établies au centre de santé; et l'étroite collaboration du spécialiste et collègue du psychologue avec le personnel du centre de santé.

La médecine générale: Le médecin en titre, qui est en réalité le directeur médical, a commandé l'équipement du centre de santé avant l'ouverture de l'établissement. Ce médecin, employé à "contrat",

Services infirmiers - Springhill

Il lui fut signalé que l'équipement de réanimation, c'est-à-dire l'appareil AMBU pour la ventilation pulmonaire, n'était pas centralisé, assemblé et immédiatement disponible dans le centre de santé.

L'impact des suicides et les problèmes reliés à la réanimation sont propres à Dorchester et à Springhill; ils seront examinés sous la rubrique "Suicides".

De l'avis d'un infirmier, le service infirmier à Springhill nuit aux aptitudes professionnelles et à la compassion envers les patients. Il semble que l'attitude hostile d'un grand nombre de détenus en est la cause: "Quoi! Une c ... d'aspirine pour un c.... de mal de tête!" Les détenus aimeraient un médicament plus puissant! Le fait de faire partager les cellules est considéré comme une source de problèmes; par exemple, "Impossible d'uriner".

**Infirmier à temps plein: Éducation**

Le problème de l'infirmier à temps plein ressemble à celui des médecins à temps plein qui ont travaillé cinq jours par semaine, de 8 heures à 16 heures, pendant de longues périodes. Nous avons déjà mentionné qu'il s'agit d'une mauvaise expérience professionnelle et personnelle pour les médecins. Il est très probable qu'il en est de même pour les infirmiers ; c'est du moins l'avis du groupe d'étude. Lorsqu'il s'agit d'établissements relativement éloignés des villes, par exemple Springhill et même Dorchester, les infirmiers doivent conduire plusieurs kilomètres par jour pour faire l'aller-retour. De plus, bon nombre d'entre eux doivent consacrer leurs matinées et leurs soirées à s'occuper de leur famille; en réalité, ils doivent tenir deux emplois en plus de longs trajets quotidiens.

**Recommandation**

43. Afin que les infirmiers continuent d'être compatissants et professionnels pour:

(i) affronter les pressions mentales et émotives constantes et la tension inhérente au travail dans les établissements à sécurité moyenne et maximale; (ii) éviter le roulement excessif d'infirmiers expérimentés; (iii) fournir les meilleurs soins possibles aux patients et traiter immédiatement et efficacement les cas de risques de suicide.

Il est recommandé que le contrat de travail des infirmiers travaillant en établissement à sécurité maximale et moyenne leur accorde un congé payé:

(a) d'au moins dix jours ouvrables consécutifs à chaque année pour suivre des cours de perfectionnement en médecine psychiatrique ceci en plus des cinq jours déjà autorisés; ce congé ne pouvant être cumulatif; et

(b) dans le cadre d'un système de congés sabbatiques à tous les cinq ans, un maximum de cinquante jours ouvrables, à raison de dix par année, pour permettre à l'infirmier de refaire ses forces intellectuelles et émotives; il serait rémunéré à 50, 75 et 100% de son traitement, respectivement, après une, deux et trois périodes de cinq ans de service. Pour bien répondre à son objectif, le congé sabbatique ne peut être cumulatif et doit être pris au moment prévu.

Selon le DASS et l'équipe, il est important que les infirmiers ne soient pas tenus de faire des heures supplémentaires pour remplacer leurs collègues qui sont en vacances, qui suivent des cours de perfectionnement ou qui sont en congé sabbatique. L'équipe est d'avis que des mesures de

soutien supplémentaires devraient être prises pour ajouter au nombre permanent d'infirmiers qui soignent les patients-détenus.

**Recommandation**

44. Il est recommandé que les infirmiers ne fassent pas d'heures supplémentaires pour compenser les périodes de vacances, de cours de perfectionnement ou de congé sabbatique des autres membres du personnel infirmier du centre de santé.

## LE SUICIDE PAR PENDAISON

Le suicide par "pendaison" dans une cellule est assez différent de l'exécution par pendaison autrefois légale en Angleterre et qui était toujours suivie d'une autopsie. L'exécution par pendaison provoquait une fracture - le cou était disloqué, la moelle épinière détruite et la partie inférieure et vitale du cerveau était endommagée. La mort s'ensuivait presque immédiatement. La "pendaison" dans une cellule provoque la mort par asphyxie, à moins qu'un arrêt cardiaque ne survienne avant. Compte tenu de facteurs comme l'âge et la température corporelle, la période maximale de survie est d'environ cinq à six minutes si la ventilation pulmonaire est complètement interrompue; en cas d'interruption incomplète de l'échange respiratoire, l'individu peut survivre de dix à quinze minutes. Étant donné ces facteurs de temps, **la détection avancée est vitale.**

**La réception et l'admission**

Les premières étapes d'incarcération dans un nouvel établissement constituent une période particulièrement risquée. L'unité de réception est un endroit où le risque de suicide est très élevé. L'équipe est d'avis qu'un agent de correction expérimenté et humain affecté au service d'admission

pourrait être d'un grand secours au personnel du centre de santé, au psychologue et aux gardiens en général en leur indiquant les nouveaux détenus qui sont excessivement effrayés, bouleversés ou déprimés.

Il appert que le 24 août 1983, trois détenus de l'unité de réception de Springhill étaient sous "surveillance étroite" et le groupe croit qu'ils auraient dû être signalés au centre de santé.

Nous avons parlé avec un détenu (membre d'un comité de détenus), un jeune dont c'était la première admission. Il prétend qu'il était si effrayé quand il était à l'unité de réception qu'il s'est ouvert les veines, et il se serait suicidé s'il avait vraiment su comment faire. Personne n'a eu une parole aimable pour lui, dit-il, bien au contraire.

**Recommandation**

45. Il est recommandé que pendant les fins de semaine, les vacances et le quart de nuit, il y ait à l'unité de réception un agent principal de correction pour assurer la surveillance et la direction, de même qu'un deuxième agent de correction. (voir aussi les Recommendations 6, 7 et 8).

## LES SEPT SUICIDES

### LA CAUSE DES DÉCES

De l'avis du groupe, chacun des sept individus était décédé quand la cellule fut ouverte. Nonobstant, on peut tirer d'importantes leçons d'une étude médicale rigoureuse de ces cas.

**Les autopsies**

Chaque cas de suicide doit être signalé au coroner. Au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, c'est au coroner de juger s'il doit y avoir autopsie ou non. Au Nouveau-Brunswick, une autopsie a été pratiquée dans les quatre cas. Le rapport d'autopsie doit être incorporé au dossier du détenu et porté à l'attention du médecin en titre, du directeur, et de l'administrateur régional des services de santé. Il doit faire partie de l'enquête interne sur la sécurité.

**Recommandation**

46. Lorsque le coroner ne demande pas d'autopsie, il est recommandé que l'autopsie soit pratiquée dans un hôpital général doté d'un service de pathologie et d'un pathologiste, et situé le plus près possible de l'établissement.

**Le Cas 1**

Le pathologiste témoignant à l'enquête a affirmé, page 34: " ... les preuves de pendaison, bien qu'édifiantes, sont minimes ..." A la page 32, "...en réalité, cet homme a fait un infarctus du myocarde ... la cause principale de la mort de cet homme ... les conclusions de l'autopsie expliquent sa mort simplement en fonction d'une crise cardiaque ..." La cause du décès telle qu'établie par les jurés - "La mort est due à la strangulation, causée par un drap entourant le cou et attaché à un barreau de la cellule, et aggravée par une crise cardiaque apparente."

L'équipe croit que le Cas 1 est décédé d'une crise cardiaque dans le service hospitalier, rendant inefficace toute tentative rapide et compétente de réanimation.

**Le Cas 2** Le rapport d'autopsie indique "Mort due à l'asphyxie par strangulation".

**Le Cas 3** De l'avis du groupe d'étude, le rapport d'autopsie ne renferme aucune preuve à l'appui des rumeurs de meurtre qui circulaient à Dorchester après la mort du détenu. La cause du décés fut inscrite comme étant "l'asphyxie due à la pendaison". La déclaration du coroner - suicide (strangulation - asphyxie, volontaire).

**Le Cas 4** Aucune déclaration du coroner n'est disponible concernant la cause du décès; aucun rapport d'autopsie non plus.

**Le Cas 5** Le coroner affirme que "l'asphyxie est la cause du décès: suicide".

**Le Cas 6** Aucune déclaration du coroner n'est disponible concernant la cause du décès.

Il a été établi hors de tout doute raisonnable que, six minutes après la découverte de la pendaison, le détenu était dégagé et un agent de correction commençait à pratiquer la réanimation cardiopulmonaire de façon experte. Il est aussi reconnu que onze minutes se sont écoulées entre la découverte de la "pendaison" et le moment où le centre de santé a été averti (source: administration de la région de l'Atlantique). Il a fallu cinq minutes à l'infirmier pour se rendre sur les lieux de la pendaison.

Au total, seize minutes se sont écoulées entre la découverte de la pendaison et l'arrivée de l'infirmier.

**Le Cas 7** D'après le rapport d'autopsie, la pendaison est la cause du décès. Il n'y a pas eu d'autres conclusions significatives.

**La réanimation**

Rappelons que la période maximale de survie est de cinq à six minutes si l'obstruction respiratoire est complète, et de cinq à quinze minutes si elle est incomplète. Le SCC doit donc présumer que le seul espoir de sauver un suicidé, c'est d'entreprendre la réanimation - réanimation cardio-pulmonaire - dans les cinq minutes suivant la pendaison.

Chaque cas a été étudié plusieurs fois et il est possible d'identifier des besoins d'une importance capitale. D'après les comptes-rendus des enquêtes internes des établissements sur le comportement des gardiens et du personnel du service médical, ceux-ci ont déployé tous les efforts humainement possibles pour traiter les sept détenus qui, de l'avis du groupe d'étude, étaient déjà décédés quand les suicides ont été découverts. Nous n'avons pas appris s'il y avait des consignes d'établissements ou des plans d'action décrivant les fonctions, responsabilités et procédures respectives du personnel de correction et du personnel du centre de santé dans un cas de suicide ou de tentative de suicide par pendaison. Compte tenu de l'importance du facteur temps en cas d'asphyxie, il faut limiter les délais.

**La réaction du personnel en cas de suicide**

À chaque fois, exception faite du cas de Westmorland analysé précédement, le personnel a réagi avec une rapidité et une compétence recommandables. Dans un cas, il y a eu des problèmes mineurs avec l'équipement de réanimation cardiopulmonaire et dans un autre, avec des ciseaux émoussés; mais dans ces cas particuliers, rien ne laisse croire que ces problèmes ont contribué de quelque façon que ce soit à la perte de vie.

Pour faciliter la réaction du personnel aux cas de suicide, certains changements s'imposent. Étant donné les exigences relatives à la sécurité

maximale à Dorchester, il n'est peut-être pas possible d'améliorer les procédures existantes.

**Recommendation**

47. Il est recommandé de considérer de nouveau la nécessité de fermer les cellules à double tour et d'interdire au personnel de porter des clefs dans des blocs cellulaires de Springhill où les détenus sont à faible risque et ne sont pas censés être dangereux.

Le temps requis pour traiter les urgences pourrait être réduit de moitié si l'agent concerné pouvait demeurer sur les lieux tout en communiquant avec le poste central par "walkie-talkie".

Le SCC doit laisser l'agent de correction libre de juger s'il doit entrer seul dans une cellule lorsqu'il découvre une pendaison. Il se peut que l'agent de correction en service soit seul dans le bloc cellulaire. Il doit rapidement obtenir les ciseaux et les clefs pour entrer dans la cellule. En l'absence de "walkie-talkies", il doit utiliser la ligne d'urgence pour faire deux appels téléphoniques et seulement deux: le premier au centre de santé et le deuxième au poste de contrôle. L'agent responsable de l'établissement doit s'assurer que les agents de correction sont suffisamment nombreux pour pouvoir s'occuper des problèmes sur les lieux de la pendaison, y compris le poste de contrôle secondaire.

Le personnel correctionnel doit immédiatement commencer la réanimation cardiopulmonaire. Il faut éviter certains problèmes. Dès que l'infirmier arrive sur les lieux, c'est lui qui doit prendre les décisions relatives au problème médical d'asphyxie. La présence d'un trop grand nombre d'agents de correction sur les lieux du suicide peut entraîner la confusion et certaines difficultés au niveau de cette prise de décision. Les appels téléphoniques qui ont la Priorité II doivent être faits par l'agent de correction d'appoint ou par le poste de contrôle, selon le bon jugement de l'établissement.

L'équipement dont l'infirmier a besoin doit être immédiatement disponible au centre de santé, assemblé et en état de fonctionner. Il doit comprendre: une trousse contenant l'équipement nécessaire à la réanimation cardiopulmonaire (une canule, un petit ballon rempli d'oxygène relié à l'appareil AMBU, un masque à oxygène et un stéthoscope). L'infirmier doit être "légalement" en mesure de quitter le centre de santé immédiatement, le laissant temporairement sans surveillance au besoin, et il doit se rendre le plus rapidement possible sur les lieux de la pendaison. L'agent responsable doit, par tous les moyens possibles, faciliter le passage de l'infirmier à travers la prison vers le lieu du suicide.

**Recommandation**

48. Il est recommandé qu'à Dorchester et Springhill un deuxième infirmier soit de service au centre de santé pendant le quart de nuit, ou alors un assistant "médical" compétent et autorisé.

Il est parfois difficile de savoir si la victime est morte et s'il faut commencer la réanimation cardioplumonaire. Seul un médecin peut faire une constatation du décès. La décision relative à la réanimation cardiopulmonaire devient la responsabilité professionnelle de l'infirmier dès son arrivée sur les lieux. Avant son arrivée, l'agent de correction doit commencer la réanimation cardiopulmonaire.

Évidemment, la réanimation cardiopulmonaire sera commencée ou poursuivie si elle est le moindrement indiquée ou si l'infirmier a le moindre doute au sujet du décès de la victime. Au besoin, l'infirmier communique par téléphone avec le médecin en titre ou avec le suppléant de garde pour les urgences; il suit les ordonnances du médecin pour chaque cas. À une reprise au moins, les agents de correction n'étaient pas du même avis que l'infirmier sur la façon de procéder et celui-ci a pensé, comme certains de ses collègues professionnels, qu'on lui avait donné "du fil à retordre". L'infirmier pourra

éviter ce genre de problème en s'adressant promptement au médecin par téléphone, comme il le ferait dans un hôpital général desservant le grand public. Au besoin, la constatation du décès sera prononcée par le médecin en titre ou par son suppléant dans l'établissement ou à l'hôpital général le plus près si la victime y a été transférée. Si le détenu a la vie sauve, il sera transféré au centre de santé pour recevoir les soins médicaux et psychiatriques qui s'imposent.

Cette procédure est d'une importance capitale pour maintenir le moral des infirmiers et des agents de correction. La vue d'une personne décédée à la suite d'une pendaison est émotivement et mentalement traumatisante pour ceux et celles qui sont chargés de la garder en détention, de veiller à sa santé et à sa sécurité et de la réanimer.

L'utilisation de la canule, du masque à oxygène et de l'appareil AMBU est aussi efficace que le bouche-à-bouche pour effectuer la ventilation pulmonaire. Il va sans dire que le bouche-à-bouche est une procedure désagréable à effectuer dans un cas d'asphyxie par pendaison. Pour que l'appareil AMBU soit utilisé efficacement, il faut régulièrement refaire la provision d'oxygène, voir à l'entretien de l'appareil AMBU et instruire le personnel. Un anesthésiste affirmait que la manipulation des valves nécessite un formation suivie du personnel.

**L'établissement de Westmorland**

Compte tenu du contrôle minimal exercé sur les détenus et de leur dispersion géographique pendant la journée, aucun plan de réanimation ne sera satisfaisant. Étant donné le facteur temps, les chances de réussite seraient très minimes. (Voir la recommandation 14).

**LA CARTE MÉDICALE DE TRANSFÈREMENT - "PAPILLON ROUGE - SURVEILLANCE ÉTROITE"**

Le 19 août 1981, dans un rapport sur l'automutilation et le suicide, le Bureau des conseillers en gestion commentait la documentation en ces termes: "Normalement, ces documents parviennent à l'établissement environ une semaine à dix jours après l'arrivée du détenu". En ce qui concerne le présent groupe de sept suicides, il y a eu des cas où des documents sont parvenus à l'établissement après que le détenu avait été examiné par le psychiatre.

De nouveau, l'équipe insiste vigoureusement sur la nécessité de transférer la documentation, y compris les dossiers médical, psychiatrique et psychologique, avec le détenu. Comme il s'agit d'un problème de longue date d'une importance parfois vitale sur le plan médical et thérapeutique (voir la recommandation 2), le groupe d'étude a élaboré une proposition importante sur le sujet.

La carte médicale de transfèrement (annexe VIII) comprendrait tous les diagnostiques médicaux ou psychiatriques importants. Elle évaluerait le risque de suicide sur une échelle 1 à 10. Elle servirait de signal d'alerte pour les "papillons rouges - surveillance étroite" (voir les recommendations 33 à 36) et indiquerait les traitements médicaux en cours, par exemple l'insuline, les médicaments psychotropes, les médicaments contre l'épilepsie.

Pour chaque détenu, la carte médicale de transfèrement serait attachée au mandat de transfèrement et placée dans une enveloppe scellée. C'est un document médical confidentiel tout comme l'anamnèse médicale ou psychiatrique. La carte médicale de transfèrement doit être considérée comme tout aussi essentielle que le mandat de transfèrement. Aucun établissement ne devrait être autorisé à accepter un détenu si son mandat de transfèrement et sa carte médicale de transfèrement ne l'accompagnent pas.

Pour rendre cette mesure praticable, il importe que des cartes médicales de transfèrement soient distribuées à toutes les prisons, à tous les établissements provinciaux et aux établissements du SCC.

La carte médicale de transfèrement serait signée par le médecin ou l'infirmier de l'établissement d'origine. À l'établissement d'arrivée, il incomberait au SCC de voir à développer un processus efficace et confidentiel d'acheminement du dossier médical du détenu transféré. Exception faite des cas d'urgence, seul l'infirmier devrait ouvrir l'enveloppe comprenant la carte médicale de transfèrement.

Dans le cas d'un risque suicidaire élevé ou d'un "papillon rouge" ou lorsque le patient-détenu requiert une surveillance étroite ou un traitement médical pour le diabète, l'épilepsie ou toute autre maladie semblable, l'infirmière aviserait immédiatement le médecin en titre, le service de garde, l'administration et la réception.

**Recommandation**

49. Il est recommandé:

(a) qu'une carte médicale de transfèrement et une enveloppe soient mises au point par le SCC et distribuées dans tous les établissements correctionnels, les prisons, les établissements provinciaux et les établissements du SCC à travers le Canada;

(b) que la carte médicale de transfèrement soit signée par le médecin ou l'infirmier de l'établissement d'origine;

(c) que la carte médicale de transfèrement soit placée dans une enveloppe scellée et attachée au mandat de transfèrement de chaque détenu;

(d) que le SCC déclare sans équivoque qu'aucun établissement du SCC ne sera autorisé à accepter un détenu transféré sans sa carte médicale de transfèrement;

(e) que l'enveloppe contenant la carte médicale de transfèrement ne soit ouve[illegible] par l'infirmier de l'établissement d'arrivée, sauf dans l[illegible]urgence;

(f) qu[illegible] l'établissement d'arrivée, le SCC établisse un mode d'acheminement de la carte médicale de transfèrement assurant:

(i) le caractère médical confidentiel du document;

(ii) l'avertissement, dans les meilleures délais, du médecin en titre, de l'unité de "réception" et du gardien principal dans le cas d'un "papillon rouge", donc d'un risque de suicide, ou si le détenu requiert une surveillance spéciale ou des soins médicaux parce qu'il souffre de diabète, d'épilepsie ou d'une maladie semblable.

## CONSIDÉRATIONS À LONG TERME

### La nature et l'impact du milieu carcéral

Le bien-être général des détenus, la diminution des causes du stress autres que la perte de la liberté, et la prévention du suicide sont tous en corrélation.

D'après le groupe d'étude, certains faits semblent indiquer que les problèmes personnels déjà présents chez le détenu à son arrivée dans l'établissement sont exacerbés par son exposition à la sous-culture carcérale, laquelle est caractérisée par la compétitivité, la méfiance, l'hostilité et la violence. Ces facteurs stressants prennent de l'ampleur du fait que les jeux d'argent, l'alcool et les drogues sont répandus. Ces pressions semblent avoir catalysé l'élan au suicide de certains détenus déjà prédisposés.

L'arrivée des nombreux transfèrements externes aux établissements de la région de l'Atlantique, s'est accompagné d'un accroissement des problèmes liés à la drogue, à l'alcool, aux enjeux beaucoup plus élevés qu'auparavant dans les jeux d'argent et à la violence en hausse. L'influence des dettes de jeux et de la drogue est démontrable dans certains des sept suicides et est liée à la sous-culture.

### Recommandation

50. Il est recommandé qu'une étude de l'expérience des détenus dans les établissements fédéraux, soit entreprise afin que l'on acquiert une meilleure connaissance du milieu carcéral et que l'on développe des moyens de réduire les pressions sociales négatives éprouvées sur les détenus.

### Les services psychiatriques

Bien que le groupe d'étude reconnaisse qu'il serait souhaitable de faire subir un examen psychiatrique à chaque détenu admis dans un pénitencier fédéral, la pénurie de psychiatres à l'heure actuelle écarte cette

possibilité. Il faut la considérer comme un objectif à long terme.

**L'incarcération des détenus de Terre-Neuve**

Il a déjà été mentionné que, sur ces sept suicidés, le groupe d'étude a constaté que trois étaient résidents de Terre Neuve ou considéraient cette province comme leur domicile. L'éloignement géographique des parents et amis est évident.

Les employés du service des Visites et de la correspondance de Dorchester ont corroboré l'opinon selon laquelle les visites d'amis et de parents de Terre-Neuve étaient peu nombreuses. L'équipe chargée de l'étude croit que cette situation est peu satisfaisante et qu'elle contribue aux conditions stressantes et aux troubles émotifs entraînant le suicide chez les détenus vulnérables de Terre-Neuve. (Voir la recommandation 10.)

ANNEXE "1"

Le 26 janvier 1984

Docteur H. Botterell
Président
Groupe d'étude sur le suicide - région de l'Atlantique
Service correctionnel du Canada
Ottawa, Ontario

Cher Docteur Botterell,

Concernant le travail du groupe d'étude sur le suicide et la version préliminaire du rapport en date de janvier 1984, soyez assuré que j'ai beaucoup apprécié la compétence et l'ouverture d'esprit dont vous avez fait preuve au cours des réunions, de même que la grande qualité de ce rapport.

Je tiens cependant à exprimer des réserves face à l'absence d'un psychologue au sein du groupe. En conséquence, la perspective psychologique n'était pas représentée dans nos délibérations. Bien que je ne puisse me permettre de parler au nom de ce groupe professionnel, je crois que son absence du groupe d'étude a influencé aussi bien le caractère général du rapport que les recommandations qu'il comprend.

Veuillez agréer mes sentiments respectueux,

Robert C. Kaill
Membre du groupe d'étude

Directeur
Atlantic Institue of Criminology

c.c.: membres du comité

RCK: dme

ANNEXE "II"

## ANALYSE STATISTIQUE DES SUICIDES DANS LES PÉNITENCIERS FÉDÉRAUX DE LA RÉGION DE L'ATLANTIQUE

Au cours des trois premiers trimestres de 1983, sept suicides sont survenus dans les pénitenciers fédéraux de la région de l'Atlantique, soit deux fois plus que pendant la période allant de 1978 à 1982. Pour cette raison, on a mis sur pied un groupe d'étude sous la direction du Docteur E.H. Botterell en vue d'analyser la situation. Dans le cadre de cette étude, on a confié au Bureau de consultation en gestion la tâche d'effectuer une analyse statistique des suicides survenus dans la région de l'Atlantique et des causes possibles. Le présent document énonce certains résultats de cette analyse.

Le présent document, composé de questions et de réponses, permet ainsi d'attirer l'attention sur les points saillants.

Question 1. Les suicides sont-ils plus fréquents dans les pénitenciers canadiens que dans la population en général?

Réponse: Oui.

Si les taux de suicide par catégorie d'âge chez les hommes canadiens étaient appliqués à la population carcérale des pénitenciers fédéraux, le taux de suicide serait de 27,6 suicides par 100 000 détenus par année. Entre janvier 1977 et septembre 1983, le taux réel a été de 111,3 suicides par 100 000 détenus par année. Ainsi, 75 suicides sont survenus dans les pénitenciers pendant cette période de temps, alors que si on s'en tient aux taux de suicide chez les hommes canadiens, il y en aurait eu environ 19. C'est une différence significative: la probabilité que cette différence soit due au hasard est infiniment mince.

Questions 2. Historiquement, la région de l'Atlantique diffère-t-elle du reste du système pénitentiaire pour ce qui est du taux de suicide?

Réponse: Peut-être, mais nous ne pouvons l'affirmer avec certitude.

De 1977 à 1982, le taux de suicide dans la région de l'Atlantique était de 73,4/100 000 par année. Pour le reste du pays, le taux était de 103,3/100 000 par année. Bien qu'il y ait une différence apparente entre les taux de la région de l'Atlantique et ceux du reste du pays, il est possible que cette différence soit due au hasard.*

---

* De 1977 à 1982, il y a eu quatre suicides dans le région de l'Atlantique. S'il y en avait eu deux de plus, le taux de la région de l'Atlantique aurait été plus élevé que le taux du reste du Canada.

Question 3. Le nombre de suicides survenus dans la région de l'Atlantique cette année est-il exceptionnel?

Réponse: Oui

Ainsi qu'il a été dit plus haut, le taux de suicide de la région de l'Atlantique pendant les années allant de 1977 à 1982 était de 73,4/100 000 par année. Au cours des trois premiers trimestres de 1983, le taux de suicide était de 785/100 000 par année. C'est une augmentation statistiquement significative. La probabilité que sept suicides ou plus surviennent dans la région de l'Atlantique dans les trois premiers trimestres d'une année, sans qu'aucun changement ne soit survenu au niveau du taux de suicide de base, est de moins de un sur 1000.

Question 4. Les autres régions ont-elles connu un taux de suicide exceptionnellement élevé?

Réponse: Non.

D'après les taux précédents, on aurait pu s'attendre à ce qu'il y ait environ huit suicides dans les autres régions au cours des trois premiers trimestres de 1983. En réalité, il y en a eu neuf. Ce n'est pas une situation exceptionnelle.

Question 5. Y a-t-il un rapport entre les transfèrements venant d'autres régions et les suicides?

Réponse: Dans le cas de la région de l'Atlantique, il existe un rapport statistique entre les suicides et les transférements venus des autres régions, mais ce rapport n'existe pas pour le reste du système pénitentiaire fédéral.

Le tableau qui suit présente les taux de suicides et de transfèrements externes pour la région de l'Atlantique et pour les autres régions, par trimestre.

TABLEAU 1

TRANSFÈREMENTS EXTERNES (INTERRÉGIONAUX) ET SUICIDES

| TRIMESTRE | ATLANTIQUE | | AUTRES RÉGIONS | |
|---|---|---|---|---|
| | Transfèrements externes | Suicides | Transfèrements externes | Suicides |
| 1/78 | 15 | 0 | 228 | 0 |
| 2/78 | 13 | 0 | 354 | 1 |
| 3/78 | 14 | 1 | 371 | 3 |
| 4/78 | 22 | 0 | 343 | 1 |
| 1/79 | 21 | 0 | 299 | 1 |
| 2/79 | 16 | 0 | 313 | 4 |
| 3/79 | 25 | 0 | 354 | 4 |
| 4/79 | 31 | 0 | 317 | 0 |
| 1/80 | 22 | 0 | 190 | 0 |
| 2/80 | 10 | 0 | 119 | 4 |
| 3/80 | 11 | 0 | 149 | 1 |
| 4/80 | 10 | 1 | 126 | 4 |
| 1/81 | 8 | 0 | 92 | 3 |
| 2/81 | 19 | 0 | 173 | 3 |
| 3/81 | 75 | 0 | 240 | 2 |
| 4/81 | 21 | 0 | 198 | 4 |
| 1/82 | 28 | 0 | 207 | 2 |
| 2/82 | 32 | 1 | 230 | 1 |
| 3/82 | 36 | 0 | 169 | 4 |
| 4/82 | 31 | 0 | 231 | 3 |
| 1/83 | 68 | 3 | 267 | 4 |
| 2/83 | 86 | 2 | 322 | 2 |
| 3/83 | 37 | 2 | 294 | 3 |

A l'examen, les données pour la région de l'Atlantique indiquent qu'il y a eu une augmentation importante des transfèrements externes dans cette région au cours des premier et deuxième trimestres de 1983, mais une légère diminution dans les chiffres du troisième trimestre.

En établissant la corrélation entre les suicides et les transfèrements externes dans la région de l'Atlantique, on obtient ie coefficient de corrélation r = 0,57. (Les coefficients de corrélation qui se rapprochent de 0 indiquent que les deux variables ne sont pas interreliées. Les coefficients qui se rapprochent de 1 ou de -1 indiquent un degré élevé d'interrelation). La valeur r = 0,57 est statistiquement significative et démontre que, dans le cas de la région de l'Atlantique, les suicides et les transfèrements sont interreliés.

Un analyse de corrélation semblable effectuée pour les régions autres que l'Atlantique donne des résultats différents. Ici, la valeur calculée de r est -0,20. Cette valeur se rapproche de 0, indiquant (pour le nombre d'observations disponibles) l'absence d'un rapport statistiquement vérifiable.

Question 6. Il y a donc une corrélation entre les transfèrements externes et les suicides dans la région de l'Atlantique. Qu'est-ce que cela signifie?

Réponse: Examinons les données sur la région de l'Atlantique présentées dans le tableau accompagnant la réponse à la Question 5. On s'aperçoit que les transfèrements externes augmentent très lentement de 1978 à 1982 et que les suicides sont assez rares. Il est possible que le taux de base des suicides augmente légèrement à mesure que les transfèrements externes augmentent, mais les suicides sont si rares qu'on ne peut tirer de conclusions fermes.

Puis, au début de 1983, le taux de transfèrement trimestriel a plus que doublé. Au même moment, les suicides ont augmenté de façon explosive. C'est cette situation que le coefficient de corrélation reflète.

Y a-t-il une relation de cause à effet entre les transfèrements externes et les suicides? À elle seule, l'analyse de corrélation ne peut nous le dire.

D'une part, étant donné la perturbation que le transfèrement de détenus difficiles peut provoquer dans un établissement stable, il est plausible qu'il y ait une relation causale entre les transfèrements externes et les suicides. D'autre part, il est possible que les changements administratifs qui ont engendré l'augmentation des transfèrements ne fassent que coïncider avec l'augmentation du taux de suicide. De plus, il est possible que l'augmentation, tant au niveau des suicides qu'au niveau des transfèrements, soit causée par un troisième facteur. Les conclusions finales dépendront d'une étude de la situation dans les établissements de l'Atlantique.

Question 7. Y a-t-il un rapport entre la demande d'examens médicaux et psychiatriques et les suicides?

Réponse: Le Tableau 2 présente le nombre d'examens psychiatriques et médicaux effectués dans la région de l'Atlantique depuis 1978.

TABLEAU 2

EXAMENS PSYCHIATRIQUES ET MÉDICAUX DANS L'ATLANTIQUE

| | Psychiatrie | Examens médicaux | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Année | Examens | Réception | Transfè-rement | Mise en liberté | Autres | Total | Suicides |
| 1978 | 550 | 619 | 363 | 335 | 112 | 1 429 | 1 |
| 1979 | 391 | 566 | 564 | 335 | 74 | 1 539 | 0 |
| 1980 | 593 | 491 | 321 | 343 | 100 | 1 255 | 1 |
| 1981 | 435 | 619 | 388 | 420 | 142 | 1 569 | 0 |
| 1982 | 407 | 705 | 1 044 | 414 | 115 | 2 278 | 1 |
| Jan.-Sept./83 | 509 | 1 073 | 1 196 | 344 | 149 | 2 762 | |
| 1983* | 678 | 1 431 | 1 595 | 458 | 199 | 3 683 | 7 |

* Projetés

Remarquez que dans chaque cas les examens ont considérablement augmenté en 1983. Pour cette raison, il y a corrélation entre les examens et les suicides.

Pour les suicides et les évaluations psychiatriques, le coefficient de corrélation est r = 0,78 tandis que les évaluations médicales ont un coefficient r= 0,92. Pour les examens médicaux à l'arrivée, le coefficient est r = 0,85. En perspective, mentionnons que, fondée sur des données annuelles, la corrélation entre les transfèrements externes et les suicides dans la région de l'Atlantique est de 0,74. Toutes ces corrélations sont statistiquement significatives.

Étant donné la nature des données que nous compilons, il est déraisonnable de présumer que notre analyse identifie les examens médicaux et psychiatriques comme cause du suicide. Il est possible que l'augmentation du nombre de suicides ait incité les pénitenciers à demander un plus grand nombre d'examens psychiatriques. Cependant, l'explication la plus plausible c'est que les suicides et les examens psychiatriques ont une cause commune: une dislocation quelconque au sein de la société pénitentiaire.

Le nombre exceptionnellement élevé d'examens médicaux lié à la réception et aux tranfèrements indique une augmentation des déplacements des détenus dans la région. Puisque les suicides ont augmenté en même temps, il est possible que le changement global au niveau du taux de suicide soit relié à ce changement au niveau des déplacements. Pour poursuivre cette hypothèse, il faudrait effectuer une étude détaillée des communautés carcérales.

Question 8. Y a-t-il un rapport entre les suicides et le nombre d'évaluations psychologiques?

Réponse: Apparemment, il n'existe pas de dossiers fiables sur les évaluations psychologiques; il est donc impossible de répondre à cette question.

Question 9. Quel est le rapport entre les suicides et les retards au niveau des évaluations médicales, psychiatriques et psychologiques?

Réponse: Il y a très peu de données sur les retards et celles qui existent tendent à confirmer les déclarations du personnel des établissements, à savoir qu'il y a eu des retards considérables cette année. Cette constatation est compatible avec l'augmentation signalée au niveau des examens médicaux et psychiatriques en 1983.

Question 10. Y a-t-il un rapport entre l'augmentation de la population carcérale et les suicides dans la région de l'Atlantique?

Réponse: La corrélation entre la population carcérale et le taux de suicide dans la région de l'Atlantique donne r = 0,86, un chiffre statistiquement significatif. Au cours de la dernière année, la population carcérale de la région de l'Atlantique a augmenté de 14,8 % (par opposition à 7,9 % pour l'ensemble du système pénitentiaire). De 1978 à aujourd'hui, la population carcérale de la région de l'Atlantique a augmenté de 40,7 % (par opposition à 21,6 % pour l'ensemble du système pénitentiaire). Dans cette même période, la population de Dorchester a augmenté de 52 % (par opposition à 22,5 % pour l'ensemble des établissements à sécurité maximale).

Il appert que proportionnellement, la population carcérale augmente plus vite dans la région de l'Atlantique qu'ailleurs. Cette situation a-t-elle un effet sur la société carcérale et, par conséquent, sur les suicides? C'est une question qui reste à résoudre.

Question 11. Quelles conclusions définitives peut-on tirer de cette analyse?
Réponse: Aucune.

L'analyse statistique ne peut à elle seule fournir des conclusions vraiment définitives sur le plan de la causalité que lorsque les statistiques découlent d'une expérience contrôlée, où les sujets sont assignés aléatoirement à divers groupes d'étude et où une attention particulière est accordée à l'exécution de l'expérience, ce qui n'est pas le cas en ce qui nous concerne.

Pour notre part, nous analysons des statistiques tirées d'un système pénitentiaire où de nombreux facteurs varient de façon (statistiquement) incontrôlable. De plus, les changements administratifs peuvent, à eux seuls, faire varier la façon de rapporter les données recueillies. Dans ce genre de situation, l'analyse statistique agit uniquement à titre indicatif pour repérer les causes possibles. Des conclusions plus définitives requièrent une analyse sur place des systèmes sociaux et administratifs de l'établissement pénitentiaire.

Tout ce que nous pouvons dire, c'est que, parallèlement à l'augmentation du nombre de suicides dans la région de l'Atlantique, les changements suivants se sont produits:

1) les transfèrements de détenus de l'extérieur ont plus que doublé;

2) les examens médicaux et psychiatriques ont augmenté considérablement;

3) l'ensemble de la population carcérale a augmenté de presque 15 %.

Ce ne sont peut-être pas des facteurs de causalité, mais ils méritent probablement d'être étudiés plus à fond.

ANNEXE III

# LE SYSTÈME OCCULTÉ:
# UNE ENQUÊTE SUR LES DÉTENUS
# QUI SE SUICIDENT
# ET
# BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE

BRIAN E. BURTCH ET RICHARD V. ERICSON

CENTRE DE CRIMINOLOGIE

UNIVERSITÉ DE TORONTO

1979

ANNEXE IV

Robert Watkins
Chef des services psychologiques
Administration centrale - Ottawa

2280-7

T. Robichaud
Psychologue
Pénitencier de Dorchester

le 16 juin 1983

Objet - Surveillance des détenus aux tendances suicidaires

1. En réponse à votre demande, je vous fais parvenir un exemplaire "d'échantillon" (annexe II), de même que la description des critères qui servent à identifier les détenus qui risquent le plus de se suicider (annexe I).

2. Cette liste est mise à jour une fois par semaine, le jeudi, et elle est distribuée le vendredi matin au directeur adjoint du service de santé, au directeur adjoint à la sécurité et au chef du service de gestion des cas, qui la transmettent à leur tour au personnel-clé. On a choisi délibérément de distribuer cette liste le vendredi puisque la plupart des suicides surviennent en fin de semaine. Jusqu'à maintenant, le répérage, la cotation - inclusion/exclusion - ont été confiés aux psychologues.

3. Il a fallu une semaine pour accomplir le premier travail de repérage, de cotation et d'introduction des données dans une unité de traitement de texte. Le premier processus de répérage est décrit à l'annexe III.

4. Veuillez noter que depuis la première version (annexe III; remarques sur les données), j'ai ajouté un septième critère. J'envisage même d'en ajouter un huitième.

5. Les renseignements donnés à l'annexe IV ont été communiqués à tous les directeurs adjoints qui devaient les transmettre au personnel des établissements. Ces renseignements constituent désormais l'ordre permanent sur le suicide.

6. J'espère que ces données vous seront utiles. N'hésitez pas à me téléphoner si vous avez besoin d'autres informations.

Le psychologue,

T. Robichaud

ANNEXE IV

COMPORTEMENTS TYPIQUES DES DÉTENUS QUI RISQUENT DE SE SUICIDER

Toutes les personnes qui risquent de se suicider ont des comportements, des verbalisations, des humeurs et des états émotifs caractéristiques d'un être qui se sent désespéré, désarmé et inutile. Il se sent irrévocablement condamné et s'y résigne. Voici une série de comportements et d'états typiques qui illustrent le sentiment de désespoir que ressent cette personne:

1) Pessimisme

   Par exemple, il dira que la vie ne peut pas changer et qu'elle ne changera pas.

2) Crises de larmes.

3) Sentiment d'échec et de culpabilité et autopunition.

4) Mépris de soi, auto-accusation et désirs d'autopunition.

5) Évite les contacts avec les autres, même avec les proches amis et la famille. Il refuse de travailler et ne veut pas se distraire par la lecture, la radio ou la télévision.

6) Néglige son apparence physique, refuse de se laver, de se raser, de se brosser les dents, etc. Ses vêtements, sa cellule et ses effets personnels sont en désordre. Le confort matériel n'importe plus.

7) Perte d'appétit, sommeil troublé et, parfois, perte de poids.

8) Irritabilité et incapacité de prendre des décisions. Il existe habituellement un certain degré de confusion en ce qui a trait aux activités présentes et futures.

En règle générale, les personnes qui envisagent le suicide:

1) Ne manifestent ni colère ni hostilité envers les autres parce qu'ils croient que c'est inutile. Ils ont abandonné tout espoir d'améliorer leur état par la menace ou la persuasion.
2) Ne parlent pas du lendemain, n'anticipent pas les visites, les lettres, les appels téléphoniques ou les permissions prévues. Ils agissent, pensent et planifient comme si demain n'existait pas. Ils se sentent abandonnés et, à leur tour, ils abandonnent.

ANNEXE IV

Annexe I

DESCRIPTION ET EXPLICATION DES FACTEURS UTILISÉS COMME CRITÈRES DANS LE PROCESSUS DE REPÉRAGE

1. Tentatives de suicide antérieures

Il s'agit uniquement des tentatives sérieuses de suicide par pendaison ou par balle. Les autres modes d'automutilation, s'ouvrir les veines par exemple, ne sont pas compris puisque la plupart du temps ils sont considérés comme des moyens de manipulation et comme des actions pour attirer l'attention. Les données sur les tentatives réelles de suicide révèlent que très peu de personnes l'aient fait en s'ouvrant les veines.

Ces critères laissent supposer que la personne a déjà opté pour l'annihilation de soi et qu'elle a atteint le niveau de détérioration nécessaire pour mettre cette mesure à exécution. La probabilité de rechute s'en trouve accrue.

2. Perturbation des systèmes de soutien social

Cette catégorie comprend les détenus qui se sont aliéné leur famille. En termes plus précis, ils se sentent coupables de leur comportement, de leurs déficiences et du tort qu'ils ont causé à leur proches sur le plan émotif. Ils pensent qu'ils n'ont plus de crédibilité face à leur famille et à leurs amis et croient avoir perdu leur amour et leur soutien actif.

3. Antécédents psychiatriques

Il existe un lien très étroit entre, d'une part, les suicides et, d'autre part, les séjours dans un établissement psychiatrique ou les évaluations psychiatriques antérieurs. Il ne s'agit que des détenus qui ont fait l'objet d'une attention soutenue en raison de symptômes de troubles psychotiques. Il ne comprend pas les séjours dans les établissements psychiatriques pour une évaluation judiciaire ou d'une cure de désintoxication (alcool). Le cas des détenus chez qui les symptômes de psychose sont une réaction à une anxiété aigüe n'a pas été pris en compte. En réalité, les sujets étudiés sont toujours à Dorchester et sont toujours dans un état de psychose ou de pré-psychose.

4. Facteur I & E: Intériorisation - extériorisation

De tous les facteurs, c'est le plus significatif. Il permet de découvrir si la personne est portée à se blâmer, à sombrer dans le désespoir et à se croire perdue (I), ou si elle refusera d'admettre son état et sera continuellement en colère, aggressive et encline à blâmer les autres (E). Sur une échelle allant de 0 à 3, les personnes qui ont une cote élevée ont tendance à se blâmer et dans leur cas, les risques de suicide sont très élevés si d'autres facteurs interviennent. La valeur (0-3) est donnée subjectivement en fonction d'une connaissance médicale du fonctionnement cognitif du détenu.

5. Rejet ou stress intense dû au milieu carcéral

Ce facteur repère les détenus qui ne bénéficient de presque aucun soutien social au sein d'une population carcérale ou qui ne s'identifient à aucun groupe de détenus. Ils n'ont pas d'amis et se sentent isolés et vulnérables. Il se peut qu'ils ne partagent pas les valeurs criminelles et qu'ils se sentent à part et incompatibles. Bien des personnes dans cette catégorie sont inadaptées, limitées et incapables de s'adapter au milieu; on ne leur permet pas de s'intégrer, elles sont malmenées. Elles se sentent abandonnées par les autorités aussi. Elles provoquent l'antipathie des autres détenus qui les considèrent comme embêtantes ou peu fiables. Ces détenus, incapables de s'adapter d'eux-mêmes, sont souvent ridiculisés.

6. Peines de longue durée/détenus dont la mise en liberté est peu souhaitable

Les peines de longue durée ont un effet catalyseur évident sur la façon dont le détenu perçoit les choses. La plupart des personnes de cette catégorie ont été condamnées à perpétuité et ont très peu de chance de recouvrer leur liberté. Bien que certains de ces détenus soient admissibles à la libération conditionnelle après avoir purgé dix ans de leur peine, la nature de leur crime et leur incapacité perçue à obtenir la libération conditionnelle ou à fonctionner dans la société annulent tout espoir de voir leur situation s'améliorer. Ils se sentent condamnés et s'y résignent. Les mêmes critères s'appliquent aux quelques détenus qui obtiennent la liberté sous surveillance obligatoire, mais chez qui se manifeste le syndrôme inéluctable de la porte tournante.

7. Agressions antérieures

Les recherches démontrent que la majorité des détenus qui ont des tendances suicidaires sont marqués par la violence. Ceux qui ont été victimes d'agressions physiques sont classés dans cette catégorie.

Le tableau qui suit, intitulé "Profil de la population carcérale" présente les détenus, indique la cote qui leur a été attribuée en regard de chaque facteur ainsi que la cote globale qui détermine le risque de suicide. Les facteurs 1, 2, 3, 5, 6 et 7 valent chacun un point dans la cote totale. Le facteur 4 vaut de 1 à 3 points, selon la probabilité d'intériorisation ou d'extériorisation.

T. Robichaud, M.A.

Psychologue

Pénitencier de Dorchester

ANNEXE IV

Version préliminaire

## Formule de renseignements sur le suicide

A tout le personnel des unités résidentielles

Si vous croyez qu'un détenu risque de tenter de se suicider, veuillez remplir la formule de renseignements sur le suicide et la joindre à votre rapport écrit. Ces renseignements permettent de mieux déterminer quelles mesures il faut prendre. Si la demande de consultation pour un détenu qui risque de se suicider ou de s'automutiler n'est pas accompagnée de la formule de renseignements dûment remplie, elle ne sera pas traitée en priorité.

Nom et numéro du détenu _____ Âge _____

Origine ethnique _____ Date _____

1) Pourquoi pensez-vous que ce détenu risque de se suicider?
Précisez brièvement.

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

2) Quels sont les problèmes du détenu, de son propre point de vue? Classez chaque problème d'après sa gravité, en encerclant le chiffre qui convient le mieux.

| | peu grave | | | | très grave |
|---|---|---|---|---|---|
| i) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ii) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| iii) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| iv) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| v) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3) Ce détenu a-t-il dit que le suicide était peut-être une solution à ses problèmes? Si oui, dans quelle mesure croit-il qu'il s'agit là d'une bonne solution? Encerclez le chiffre qui convient.

| pas une solution | mauvaise solution | | | | très bonne solution |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4) Abstraction faite du suicide, dans quelle mesure ce détenu s'estime-t-il impuissant à solutionner ses problèmes? Encerclez le chiffre qui convient.

| pas du tout impuissant | | | | | complètement impuissant |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANNEXE IV

5) Dans quelle mesure son projet de suicide est-il élaboré? Encerclez le chiffre qui convient.

| pas de projet | projet plus ou moins élaboré | | | | projet précis |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

6) À votre avis, dans quelle mesure ce détenu songe-t-il sérieusement à exécuter son projet de suicide?

| plus ou moins sérieusement | | | | très sérieusement |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7) Veuillez inscrire les tentatives de suicide antérieures connues, de même que la date, le mode (par exemple, pendaison) et la gravité.

| | | | | | très grave |
|---|---|---|---|---|---|
| i) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ii) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| iii) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(si le nombre des tentatives est supérieur à trois, remplissez une page distincte)

8) Inscrivez les raisons de sa dernière tentative de suicide.

_____

_____

_____

9) Quels sont ses liens avec sa famille?

| aucun | très faibles | | | | très étroits |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10) Ce détenu est-il présentement soumis à des pressions exercées par d'autres détenus?

| non, aucune pression | faible pression | | | | grave danger |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11) Qu'est-ce qui l'aide à se sentir bien? Encercler le chiffre qui décrit le mieux l'intensité du sentiment.

| | un peu mieux | | | | Extrêmement bien |
|---|---|---|---|---|---|
| i) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ii) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12) Si vous désirez ajouter des remarques, veuillez les inscrire dans l'espace prévu ci-dessous.

_____

_____

_____

Merci de votre collaboration.

Le Service de psychologie

ANNEXE V

ÉTABLISSEMENT DE SPRINGHILL

NOM: _____ MATRICULE: _____ DATE DE NAISSANCE: _____

DATE D'ADMISSION: _____ DATE DE LSSO: _____ PEINE GLOBALE: _____

| INFRACTIONS: | PEINE | ENDROIT | DATE DE LA CONDAMNATION |
|---|---|---|---|

ACCUSATIONS EN INSTANCE:

ACCUSATIONS ANTÉRIEURES:

PRISONS ET PÉNITENCIERS ANTÉRIEURS

NIVEAU DE SCOLARITÉ: _____ INTÉRÊTS PROFESSIONNELS: _____

MÉTIER: _____

PROBLÈMES DE SANTÉ:

NIVEAU D'NTELLIGENCE:
sous la moyenne: ____ dans la moyenne: ____ au-dessus de la moyenne: ____ inférieur: ____ supérieur: ____

ORIENTATION ANTI-SOCIALE

minimale: _____ moyenne: _____ maximale: _____ normale: _____

NIVEAU DE STRESS--
ISOLEMENT PROTECTEUR:

normal: _____ sensible: _____ élevé: _____ stress: _____

SUICIDE

VIOLENCE

ÉVASIONS

PLACEMENT RECOMMANDÉ - Dorchester _____ Springhill _____ Westmorland _____

EXAMEN DES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ
À LA LIBÉRATION CONDITIONNELLE

CRITÈRES RÉVISÉS

AUTRES RENSEIGNEMENTS

COMPARAISON ENTRE LES CRITÈRES DE DORCHESTER ET CEUX DE L'ÉTUDE BURTCH-ERICSON

| ÉTUDE BURTCH-ERICSON | CES FACTEURS SONT-ILS SIGNIFICATIFS PAR RAPPORT À | | COMPARAISON |
|---|---|---|---|
| SEPT CRITÈRES DE SURVEILLANCE DES CAS SUICIDAIRES UTILISÉS À DORCHESTER | L'ÉCHANTILLON DE LA POPULATION GÉNÉRALE | L'ÉCHANTILLON DES SUICIDÉS | |
| 1. TENTATIVES DE SUICIDE ANTÉRIEURES: "... uniquement les tentatives sérieuses par pendaison ou par balle. Les autres modes d'automutilation, s'ouvrir les veines par exemple, ne sont pas compris puisque la plupart du temps ils sont interprétés comme étant des façons de manipuler et d'attirer l'attention. Les données relatives aux tentatives réelles de suicide révèlent une très faible fréquence de personnes qui se sont ouvert les veines." | "... l'ampleur des antécédents suicidaires dans la population carcérale n'est pas généralement connue. Les renseignements dont nous disposons sont assez contradictoires." p.54 | 41.6% de l'échantillon ont un passé de menaces et/ou de tentatives de suicide. Tableau 15 (p. 55): Certaines tentatives réussies sont survenues dans les quelques jours suivant une tentative avortée. | (a) Contrairement aux critères de Dorchester, Burtch comprend (puisqu'il ne mentionne pas d'exclusion spécifique) les menaces de suicide et les tentatives de suicide par d'autres moyens que la pendaison et les armes à feu.<br><br>CONCLUSION: Bien qu'ils soient centrés sur le même point, les critères de Dorchester sont beaucoup plus rigoureux que ceux de Burtch, étant donné l'exclusion des menaces et de toute tentative antérieure sauf s'il s'agit d'une tentative par pendaison ou par balle. |

COMPARAISON ENTRE LES CRITÈRES DE DORCHESTER ET CEUX DE L'ÉTUDE BURTCH-ERICSON

| ÉTUDE BURTCH-ERICSON | CES FACTEURS SONT-IL SIGNIFICATIFS PAR RAPPORT À | | COMPARAISON |
|---|---|---|---|
| SEPT CRITÈRES DE SURVEILLANCE DES CAS SUICIDAIRES UTILISÉS À DORCHESTER | L'ÉCHANTILLON DE LA POPULATION GÉNÉRALE | L'ÉCHANTILLON DES SUICIDÉS | |
| 2. PERTURBATIONS AU NIVEAU DES SYSTÈMES DE SOUTIEN SOCIAL: "... comprend les détenus qui se sont aliéné leur famille ... ils se sentent coupables de leur comportement, de leurs déficiences et du préjudice émotionnel qu'ils ont causé à leurs proches. Ils pensent qu'ils n'ont plus de crédibilité face à leur famille et leurs amis et croient avoir perdu leur amour et leur soutien actif". | Soutien conjugal - 37.7%<br>Aucun soutien conjugal - 62.1%<br>Non-précisé - 0.2% | Soutien conjugal - 11.4%<br>Aucun soutien conjugal - 87.6%<br>Non précisé - 1.0% | (a) De nouveau, les critères de Dorchester sont beaucoup plus restreints en un sens que ceux de Burtch. Dorchester parle de "détenus qui se sont aliéné leur famille". J'interprète cette aliénation comme étant enracinée chez le détenu (intériorisation - voir #4)<br><br>(b) Burtch a simplement examiné la situation matrimoniale de l'échantillon à sécurité maximale et de l'échantillon des suicidés. En considérant les détenus mariés et ceux vivant en union de fait, il est possible de trouver la proportion de détenus qui vivent une forme quelconque de relation conjugale, par comparaison aux célibataires, veufs, séparés et divorcés. Dans les deux échantillons, il y a 1% ou moins de "non précisé". "... bien qu'il |

COMPARAISON ENTRE LES CRITÈRES DE DORCHESTER ET CEUX DE L'ÉTUDE BURTCH-ERICSON

| ÉTUDE BURTCH-ERICSON | CES FACTEURS SONT-IL SIGNIFICATIFS PAR RAPPORT À | | COMPARAISON |
|---|---|---|---|
| SEPT CRITÈRES DE SURVEILLANCE DES CAS SUICIDAIRES UTILISÉS À DORCHESTER | L'ÉCHANTILLON DE LA POPULATION GÉNÉRALE | L'ÉCHANTILLON DES SUICIDÉS | |
| | | | soit d'intérêt théorique de découvrir que l'état civil semble exercer un impact sur la décision de se suicider, du point de vue pratique, cette variable a peu de valeur pour les programmes de prévention du suicide". |

COMPARAISON ENTRE LES CRITÈRES DE DORCHESTER ET CEUX DE L'ÉTUDE BURTCH-ERICSON

| ÉTUDE BURTCH-ERICSON | CES FACTEURS SONT-ILS SIGNIFICATIFS PAR RAPPORT À | | COMPARAISON |
|---|---|---|---|
| SEPT CRITÈRES DE SURVEILLANCE DES CAS SUICIDAIRES UTILISÉS À DORCHESTER | L'ÉCHANTILLON DE LA POPULATION GÉNÉRALE | L'ÉCHANTILLON DES SUICIDÉS | |
| 3. ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES: "Il existe un lien très étroit entre les suicides et les séjours antérieurs en établissements psychiatriques. Cet échantillon ne comprend que des détenus qui ont fait l'objet d'une surveillance soutenue en raison de symptômes de type psychotique. Il ne comprend pas les détenus admis aux établissements psychiatriques en vue d'une évaluation demandée par un tribunal ou d'une cure de désintoxication (alcool). Les détenus qui manifestent des symptômes de psychose en réaction à une anxiété aigüe n'ont pas été cotés par rapport à ce facteur. En réalité, les sujets de cet échantillon sont toujours à Dorchester dans un état actif de psychose ou de pré-psychose. | Pas de données disponibles sur la population générale. | 78.1% de l'échantillon avait manifesté 2.2 symptômes en moyenne. | Dorchester utilise des critères très rigoureux - les admissions ou les évaluations de même que la surveillance étroite en raison de symptômes psychotiques. Burtch utilise des critères beaucoup moins rigoureux et conclut que 78.1% de l'échantillon des suicidés avaient manifesté une moyenne de 2.2 symptômes par patient tandis que 21.9% n'avaient manifesté aucun symptôme. |

COMPARAISON ENTRE LES CRITÈRES DE DORCHESTER ET CEUX DE L'ÉTUDE BURTCH-ERICSON

| ÉTUDE BURTCH-ERICSON | CES FACTEURS SONT-ILS SIGNIFICATIFS PAR RAPPORT À | | |
|---|---|---|---|
| SEPT CRITÈRES DE SURVEILLANCE DES CAS SUICIDAIRES UTILISÉS À DORCHESTER | L'ÉCHANTILLON DE LA POPULATION GÉNÉRALE | L'ÉCHANTILLON DES SUICIDÉS | COMPARAISON |
| 4. FACTEUR D'INTÉRIORISATION VS L'EXTÉRIORISATION: "C'est le facteur le plus significatif. Il tente de découvrir si l'individu est susceptible de se blâmer, de sombrer dans le désespoir et de se croire perdu (I), ou s'il refusera d'admettre et sera continuellement en colère, agressif et enclin à blâmer les autres (E). Sur une échelle allant de 0 à 3, les personnes qui ont une cote élevée ont tendance à se blâmer et constituent un risque extrême si d'autres facteurs sont aussi en cause. La valeur (0-3) est cotée subjectivement en fonction d'une connaissance médicale du fonctionnement cognitif du détenu." | | | Burtch n'a pas évalué ce facteur. Cependant, en utilisant la définition propre à Dorchester, il semble qu'un détenu a peu de chances de gagner. S'il dirige sa colère et son aggressivité vers l'extérieur ou s'il a tendance à blâmer les autres, il sera probablement impliqué dans des conflits avec d'autres détenus et avec le personnel, ce qui le ménera devant un comité de discipline et éventuellement en isolement. S'il intériorise excessivement, il risque de tenter le suicide. Si la tentative ne réussit pas, il finira en isolement. |

COMPARAISON ENTRE LES CRITÈRES DE DORCHESTER ET CEUX DE L'ÉTUDE BURTCH-ERICSON

| ÉTUDE BURTCH-ERICSON | CES FACTEURS SONT-ILS SIGNIFICATIFS PAR RAPPORT À | | | |
|---|---|---|---|---|
| SEPT CRITÈRES DE SURVEILLANCE DES CAS SUICIDAIRES UTILISÉS À DORCHESTER | L'ÉCHANTILLON DE LA POPULATION GÉNÉRALE | LA DURÉE DE LA PEINE (ANNÉES) | L'ÉCHANTILLON DES SUICIDÉS | COMPARAISON |
| 5. REJET OU STRESS RESSENTIS AU SEIN DE LA POPULATION: "... refère les détenus qui ne bénéficient de presque aucun soutien social au sein de la population carcérale ou qui ne s'identifient à aucun groupe de détenus. Ils n'on pas d'amis et se sentent isolés et vulnérables. Il se peut qu'ils ne partagent pas les valeurs criminelles et qu'ils se sentent à part et incompatibles. Bien des personnes de cette catégorie sont inadaptées, limitées et incapables de s'adapter; on ne leur permet pas de s'intégrer, elles sont malmenées. Elles se sentent abandonnées par les autorités aussi. Elles provoquent l'antipathie des autres détenus qui les considèrent embêtantes ou peu fiables. Ces détenus sont incapables de s'adapter et sont souvent ridiculisés". | -------- | | ------- | Burtch n'a pas tenté d'évaluer le rôle de l'une ou l'autre des populations au sein de la société carcérale globale. |

COMPARAISON ENTRE LES CRITÈRES DE DORCHESTER ET CEUX DE L'ÉTUDE BURTCH-ERICSON

| ÉTUDE BURTCH-ERICSON | CES FACTEURS SONT-ILS SIGNIFICATIFS PAR RAPPORT À | | | |
|---|---|---|---|---|
| SEPT CRITÈRES DE SURVEILLANCE DES CAS SUICIDAIRES UTILISÉS À DORCHESTER | L'ÉCHANTILLON DE LA POPULATION GÉNÉRALE | LA DURÉE DE LA PEINE (ANNÉE) | L'ÉCHANTILLON DES SUICIDÉS | COMPARAISON |
| 6. PEINES DE LONGUE DURÉE/DÉTENUS DONT LA MISE EN LIBERTÉ EST PEU SOUHAITABLE<br>"Les peines de longue durée ont un effet catalyseur évident sur la façon dont le détenu perçoit les choses. La plupart des détenus de cette catégorie ont été condamnés à perpétuité et ont très peu de chance de recouvrer leur liberté. Bien que certains d'entre eux soient admissibles à la libération conditionnelle après avoir purgé dix ans de leur peine, la nature de leur crime et de leur incapacité "perçue" à obtenir la libération conditionnelle ou à fonctionner dans la société annulent tout espoir de voir leur situation s'améliorer. Ils se sentent condamnés et s'y résignent. Les mêmes critères s'appliquent aux | 7.5%<br>--- | 2 à 3<br>4 à 20<br>À perpétuité<br>Compte tenu des peines de détention préventive et des peines de durée indéterminée | 31.2%<br>Diminue légèrement de façon régulière<br>Augmente de façon significative | Les critères utilisés a Dorchester tiennent de l'admissibilité à la libération conditionnelle, un élément que Burtch ne prend pas en considération. Burtch dit très précisément qu'il regroupe les détenus condamnés à des peines de dix ans et plus, tandis qu'il semble que Dorchester tienne compte surtout des condamnés à perpétuité dont la date d'admissibilité à la libération conditionnelle est fixée à dix ans ou plus de la date d'arrestation. (p.35) À mon avis, les remarques de Burtch sur les condamnés à perpétuité sont légèrement inappropriées. Les peines d'emprisonnement à perpétuité, les peines de durée indéterminée et les peines de détention préventive sont très semblables, puisqu'elles signifient toutes une période d'incarcération non définie jusqu'à ce que la CNLC |

COMPARAISON ENTRE LES CRITÈRES DE DORCHESTER ET CEUX DE L'ÉTUDE BURTCH-ERICSON

| ÉTUDE BURTCH-ERICSON | CES FACTEURS SONT-ILS SIGNIFICATIFS PAR RAPPORT À | | | |
|---|---|---|---|---|
| SEPT CRITÈRES DE SURVEILLANCE DES CAS SUICIDAIRES UTILISÉS À DORCHESTER | L'ÉCHANTILLON DE LA POPULATION GÉNÉRALE | LA DURÉE DE LA PEINE (ANNÉES) | L'ÉCHANTILLON DES SUICIDÉS | COMPARAISON |
| quelques détenus qui obtiennent la liberté sous surveillance. | | | | autorise la libération conditionnelle. Cependant, dans le cas des peines d'une durée indéterminée, on procède à un premier examen, puis les suivants sont faits tous les deux ans. Burtch pose comme hypothèse que les détenus qui purgent des peines de longue durée, et plus particulièrement ceux qui sont condamnés à perpétuité, sont plus susceptibles de se suicider. Ainsi, ceux qui purgent des peines de 2 ou 3 ans ne seraient pas tentés de se suicider. CE N'EST PAS LE CAS. |

COMPARAISON ENTRE LES CRITÈRES DE DORCHESTER ET CEUX DE L'ÉTUDE BURTCH-ERICSON

| ÉTUDE BURTCH-ERICSON | CES FACTEURS SONT-ILS SIGNIFICATIFS PAR RAPPORT À | | | COMPARAISON |
|---|---|---|---|---|
| SEPT CRITÈRES DE SURVEILLANCE DES CAS SUICIDAIRES UTILISÉS À DORCHESTER | L'ÉCHANTILLON DE LA POPULATION GÉNÉRALE | % D'ÉCHANTILLON COUPABLES D'INFRACTIONS GRAVES | L'ÉCHANTILLON DES SUICIDÉS | |
| 7. ANTÉCÉDENTS D'AGRESSION: "Les recherches démontrent que la majorité des détenus qui se sont suicidés furent marqués par la violence. Ceux qui ont été victimes d'agressions physiques sont classés dans cette catégorie. | 38.4<br><br>61.6 | Contre la personne<br><br>Contre les biens | 36.5<br><br>63.5 | Ce critère, à Dorchester, semble totalement opposé à celui de l'étude de Burtch. Bien qu'il s'agisse d'une étude bibliographique, Burtch remarque "... les renseignements disponibles semblent indiquer que les détenus violents... une minorité dans la plupart des prisons...sont plus susceptibles de se donner la mort en détention que les détenus coupables et/ou accusés de crimes contre les biens." (p. 50) CEPENDANT, ceci dit, Burtch émet l'hypothèse "... que les personnes trouvées coupables de crimes contre la personne seraient surreprésentées (dans l'échantillon des suicidés), une comparaison fut établie entre les deux échantillons." En vertu de cette hypothèse, il est possible que la condamnation |

COMPARAISON ENTRE LES CRITÈRES DE DORCHESTER ET CEUX DE L'ÉTUDE BURTCH-ERICSON

| ÉTUDE BURTCH-ERICSON | CES FACTEURS SONT-ILS SIGNIFICATIFS PAR RAPPORT À | | | COMPARAISON |
|---|---|---|---|---|
| SEPT CRITÈRES DE SURVEILLANCE DES CAS SUICIDAIRES UTILISÉS À DORCHESTER | L'ÉCHANTILLON DE LA POPULATION GÉNÉRALE | % D'ÉCHANTILLON COUPABLES D'INFRACTIONS GRAVES | L'ÉCHANTILLON DES SUICIDÉS | |
| 7. ANTÉCÉDENTS D'AGRESSION: "Les recherches démontrent que la majorité des détenus qui se sont suicidés furent marqués par la violence. Ceux qui ont été victimes d'agressions physiques sont classés dans cette catégorie. | 38.4<br><br>61.6 | Contre la personne<br><br>Contre les biens | 36.5<br><br>63.5 | Ce critère, à Dorchester semble totalement opposé à celui de l'étude de Burtch. Bien qu'il s'agisse d'une étude bibliographique, Burtch remarque "... les renseignements disponibles semblent indiquer que les détenus violents... une minorité dans la plupart des prisons...sont plus susceptibles de se donner la mort en détention que les détenus coupables et/ou accusés de crimes contre les biens." (p. 50) CEPENDANT, ceci dit, Burtch émet l'hypothèse "... que les personnes trouvées coupables de crimes contre la personne seraient surreprésentées (dans l'échantillon des suicidés), une comparaison fut établie entre les deux échantillons." En vertu de cette hypothèse, il est possible que la condamnation |

COMPARAISON ENTRE LES CRITÈRES DE DORCHESTER ET CEUX DE L'ÉTUDE BURTCH-ERICSON

| ÉTUDE BURTCH-ERICSON | CES FACTEURS SONT-ILS SIGNIFICATIFS PAR RAPPORT À | | | COMPARAISON |
|---|---|---|---|---|
| SEPT CRITÈRES DE SURVEILLANCE DES CAS SUICIDAIRES UTILISÉS À DORCHESTER | L'ÉCHANTILLON DE LA POPULATION GÉNÉRALE | % D'ÉCHANTILLON COUPABLES D'INFRACTIONS GRAVES | L'ÉCHANTILLON DES SUICIDÉS | |
| | | | | soit fortement liée au suicide chez les détenus. Burtch reconnait que certains crimes contre les biens peuvent aussi comporter un élément de violence personnelle, mais il utilise la formule pour évaluer des détenus coupables "d'infractions graves". Sa conclusion, SOIT LE PRÉSUMÉ LIEN ENTRE L'AGRESSION ET L'AUTOMUTILATION, DEMEURE UNE HYPOTHÈSE DISCUTABLE QUI PROMET PEU SUR LE PLAN DE LA PRÉVISION DU SUICIDE CHEZ LES DÉTENUS. |

AVIS: Dans un tableau, les détenus sont inscrits avec leur cote respective pour chaque facteur et leur cote totale indiquant le risque de suicide. Les facteurs 1, 2, 3, 5, 6 et 7 ont une note pondérée de 1. Quant au facteur 4, la cotation est de 1-3, en fonction de la probabilité d'intériorisation par opposition à l'extériorisation.

1 Tirés des documents joints à la lettre que T. Robichaud du pénitencier de Dorchester faisait parvenir à Robert Watkins, chef des Services de psychologie, Administration centrale, le 16 juin 1983. Réf. 2280-7 et 1726-4.

ANNEXE VIII

CARTE MÉDICALE DE TRANSFÈREMENT

| NOM | NUMÉRO | DATE ET HEURE DU TRANSFÈREMENT | ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE | DIAGNOSTIC MÉDICAL/ PSYCHIATRIQUE | "PAPILLON ROUGE" RISQUE SUICIDAIRE 0-10 | TRAITEMENT MÉDICAL/ PSYCHIATRIQUE EN COURS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dupont, J. | 000002 | 16 heures 9 nov. 1983 | H. M. Penitentiary Saint-Jean | Schizophrénie paranoïde | 3-4 | Chlorpromazine ____mg, etc. |